

Настоящее информированное добровольное согласие разработано во исполнение Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – «Закон 323-ФЗ»). Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым медицинским вмешательством и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного вмешательства.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО:
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЧИСТКА ПОЛОСТИ РТА И ЗУБОВ В МОЛОЧНОМ И СМЕННОМ ПРИКУСЕ**

Я, _____
Ф.И.О. взрослого пациента

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан.

Дееспособному пациенту, достигшему 15 лет, НЕ заполнять этот раздел.

Я, _____, являясь законным представителем
(мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)

добровольно обращаюсь в **ООО «Кораллдент»** (ОГРН 1183025003776), далее именуемое – «Исполнитель», и даю информированное добровольное согласие на следующее медицинское вмешательство: **профессиональная чистка полости рта и зубов в молочном и сменном прикусе.**

Я получил(а) от врача _____ всю интересующую
Ф.И.О. врача

меня информацию о предполагаемом медицинском вмешательстве.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу состояния зубов и полости рта моего ребенка и понимаю, что при проведении лечебных манипуляций по профессиональной гигиене зубов возможны:

- неприятные ощущения, кровоточивость десен;
- проведение проф.гигиены может быть просто адаптационным приемом.возможно повышение чувствительности зуба, т. е. появление болезненности при действии термических и химических раздражителей, которая обычно проходит на 2-3 день;
- возможно появление болезненности в области десневого края, а также появление видимых незначительных его изменений и повреждений: шероховатость, покраснение, побледнение и т. д.

При употреблении продуктов, содержащих красящие вещества (в т. ч. крепкий чай, цветные соки), а также при недостаточном соблюдении гигиены полости рта возрастает риск потемнения зубов. Поэтому необходимо отказаться от приема красящих продуктов и других красящих напитков, и продуктов в течении суток, и не реже одного раза в 3-4 месяца приходить в кабинет гигиены клиники ООО «Кораллдент» для прохождения контрольного осмотра.

Я доверяю специалисту клиники ООО «Кораллдент», имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и согласен(на) провести лечебные манипуляции по профессиональной гигиене.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента, договора на оказание платных стоматологических услуг и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Являясь законным представителем Пациента – ребенка, я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для лечебных манипуляций по проф..гигиене молочных зубов на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Пациент/Законный представитель: _____ / _____ /

Врач: _____ / _____ /

Дата: {ДатаПолная}