

Информированное согласие на проведение профессиональной гигиены полости рта

Мне понятен план, объем и цели процедуры, возможные осложнения и необходимость дополнительного обследования, изменения сроков и дополнительной оплаты.

Я информирован(а), что для сохранения здоровья моих зубов и десен необходимо проводить профессиональную гигиену полости рта: у пациентов, не имеющих заболеваний тканей пародонта 1 раз в 6 месяцев и 1 раз в 3 месяца (в среднем) для пациентов с пародонтитом.

Кратность визитов подбирается индивидуально для каждого и зависит от имеющейся патологии, ее тяжести и от общего состояния организма.

Я понимаю, что при несоблюдении мною рекомендаций гигиениста и/или несоблюдении интервалов контрольных визитов на профилактические осмотры и профессиональную гигиену – уменьшаются или аннулируются гарантийные сроки на проведенное лечение.

При необходимости гигиенист может сделать мне аппликационную анестезию или пригласить врача для инъекционной анестезии.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и после нее.

Я проинформировал(а) гигиениста обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и о сопутствующих заболеваниях.

Мне объяснили, что после процедуры гигиены полости рта может повыситься чувствительность зубов к химическим и термическим раздражителям. У некоторых пациентов (индивидуальная особенность, особенность питания, наличие вредных привычек) после проведения профессиональной гигиены полости рта при недостаточной гигиене ротовой полости возможно образование зубного налета и зубного камня в более короткие (по сравнению со среднестатистическими) сроки.

Я даю разрешение гигиенисту использовать любого ассистента данной клиники, участие которого он сочтет необходимым, а также приглашать для консультации других врачей клиники.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Я получил(а) ответы на все вопросы и доверяю квалификации гигиениста.

С суммой и формой оплаты согласен(на).

Пациент _____/

Врач _____/