



Приложение к медицинской карте № _____

Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство (основание ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г., № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

« _____ » _____ 201__ г.

Информированное согласие пациента на проведение профессиональной гигиены полости рта

Я, _____

(фамилия, имя, отчество гражданина, одного из родителей ребенка до 15 лет, иного законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на предложенное мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (нужное подчеркнуть)

_____ (фамилия, имя, отчество ребенка (до 15 лет), лица, от имени которого, выступает законный представитель)

медицинское вмешательство Профессиональная гигиена полости рта,

(наименование вида медицинского вмешательства)

настоящим подтверждаю, что в соответствии со статьей 20 Закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с моей волей, я проинформирован (а) о предстоящем лечении и согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения, а именно о нижеследующем:

Я понимаю, что проведение профессиональной гигиены является неотъемлемой частью курса лечения заболеваний пародонта и профилактической процедурой, предотвращающей развитие кариеса.

Я осведомлен(а), что после удаления зубных отложений возможно временное появление чувствительности зубов, дискомфорта во время приема пищи.

Я ознакомлен(а) врачом с рекомендациями по уходу за полостью рта.

Я проинформировал(а) врача _____ обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги.

Дополнительных условий мною не выдвигается.

Я принимаю решение осуществить профессиональную гигиену полости рта на предложенных мне условиях.

Подпись пациента: _____ / _____ /

(или подпись его законного представителя)

Подпись врача: _____ / _____ /