**Добровольное информированное согласие**

**на оказание** **парадонтологической стоматологической помощи**

Мне, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в доступной для меня форме предоставлена и разъяснена информация по оказанию стоматологической помощи. Я предупрежден(а) о возможности возникновения осложнений в связи с проводимыми манипуляциями вследствие наличия у меня заболеваний полости рта или челюстно-лицевой области, наличием сопутствующих заболеваний, а также в связи с индивидуальными особенностями организма:

- возникновения гематомы после инъекции анестетика

* появление парестезии в области языка, верхней или нижней губы
* повторного воспалительного процесса в тканях парадонта из-за неудовлетворительного гигиенического ухода
* увеличения подвижности зубов
* индивидуальная непереносимость назначенных медикаментозных средств

- при наличии заболеваний желудочно-кишечного тракта возможно отсутствие
лечебного эффекта.

 Я проинформирован о необходимости выполнения врачебных рекомендаций но уходу за полостью рта после проведенных манипуляций. Мною получены исчерпывающие ответы на вопросы в объёме предстоящего стоматологического лечения.

Для проведения качественного лечения различных заболеваний и повреждений зубочелюстной системы я соглашаюсь на проведении рентгенологгического обследования.

Личной подписью даю согласие на осмотр и доверяю оказание стоматологической помощи врачам поликлиники.

Я даю согласие на обработку моих персональных данных.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_