**Добровольное информированное согласие**

**на проведение медицинского вмешательства гигиенистом стоматологическим**

1) Мне, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в доступной форме предоставлена и разъяснена информация по проведению профессиональной чистки зубов.

Я предупрежден(на) о возможности возникновения осложнений, а именно:

* натяжение уголков рта с последующим их растрескиванием
* возникновение гематомы после инъекций анестетика
* повторного воспалительного процесса в тканях пародонта из-за неудовлетворительного гигиенического ухода
* увеличение подвижности зубов
* индивидуальная непереносимость назначенных медикаментозных средств
* выпадение дефектных пломб
* повышение чувствительности зубов в течение нескольких дней

2) Мне сообщена и разъяснена гигиенистом стоматологическим и понятна информация о данной процедуре:

* необходимость профессиональной гигиены полости рта и частота её проведения по показаниям:
* в результате проведения гигиенической чистки осветление зубов происходит только до натурального цвета, т.к. эта процедура не относится к отбеливающей технологии
* невозможность обозначения сроков гарантии по причине индивидуальных особенностей организма (вредные привычки, состав микрофлоры полости рта, скорость образования зубных отложений из-за неудовлетворительного ухода за ротовой полостью)

3) Я проинформирован(а) о необходимости выполнения врачебных рекомендаций по уходу за полостью рта после
проведенных манипуляций. Мною получены исчерпывающие ответы на вопросы в объеме предстоящего лечения.
Личной подписью даю согласие на оказание стоматологической помощи на предложенных условиях:

Я даю согласие на обработку моих персональных данных.

Дата:

Подпись: