Информированное добровольное согласие на дополнительные манипуляции

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 N323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

Мне известно, что\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

выполняется с целью санации полости рта.

**Возможные осложнения:**

1. *Профессиональная гигиена полости рта* ( снятие твердых и мягких зубных отложений, а также косметического налета с помощью ультразвукового аппарата или\и аппарата Air Flow , с последующей полировкой пастой, по показаниям нанесение на зубы препаратов фтора)
   * возможны болевые ощущения, повышенная чувствительность зубов, покраснение и отечность десны.
2. *Пришлифовывание пломбы* (в т.ч. поставленной в условиях другой клиники)
   * изменяет прикус, краевое прилегание пломбы, анатомическую форму зуба и пломбы.
3. *Цементировка коронки (мостовидного протеза)*, (в т.ч. изготовленных в условиях другой клиники)
   * возможна повторная расцементировка, воспаление десны, боли в зубе.
4. *Постановка временной пломбы*, (в т.ч. поставленной в условиях другой клиники)
   * возможно повторное выпадение, воспаление десны, боли в зубе.
5. *Аппликация лекарственных препаратов на слизистую полости рта*
   * возможна аллергическая реакция, покраснение десны, отсутствие эффекта, расширение плана лечения.
6. *Фиксация украшения* (без механической обработки зуба крепление украшения на материал)
   * возможна повышенная чувствительность эмали зуба, скол украшения, изменение цвета материала вокруг украшения.

Я понимаю, что при возникновении осложнений потребуется проведение расширенного вмешательства и\или применения медикаментов.

Я, в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 N323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», даю добровольное информированное согласие на выполнение медицинскими работниками ООО «Панорама Мед» лечебных манипуляций в соответствии с предложенными планом.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

Подпись пациента/представителя (по доверенности) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись врача: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № зуба | диагноз | Вид медицинского вмешательства | дата | Подпись пациента |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |