**Информированное согласие на проведение глубокого фторирования зубов.**

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

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении, и что я согласен/согласна с названными мне условиями его проведения.

1.Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_соглашаюсь с тем, что процедуру глубокого фторирования будет проводить врач-стоматолог\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понята следующая информация о сути процедуры глубокого фторирования зубов.

Процедура проводится с целью профилактики стоматологических заболеваний.

Показания:

* гиперестезия эмали (повышенная чувствительность) на термические раздражители (горячее/холодное)
* очаги деминерализации эмали
* детский возраст
* беременность  
  Противопоказания:
  + флюороз 1,2, 3 степени
  + аллергическая реакция на компоненты раствора (фтор, кальций)
  + язвенно-некротические процессы со стороны слизистой полости рта
  + при проведения глубокого фторирования (во время процедуры) возможно возникновение: аллергических реакций (крапивница)  
    Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я внимательно ознакомился/ознакомилась с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я, в соответствии со статьей 32 "Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан", 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 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |