

**Приложение к договору возмездного оказания**

**медицинских услуг №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**от «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.**

**Информированное добровольное согласие на проведение пародонтологического лечения**

*(основание ст. 20-23 Ф.З. Об основах охраны здоровья граждан в Р.Ф.)*

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Получил(-а) от моего лечащего врача всю интересующую меня информацию о необходимости проведения профессиональной гигиены полости рта и пародонтологического лечения.

Врач поставил мне диагноз:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 Пародонтологическое лечение имеет своей целью устранение очагов инфекции в полости рта с целью продления срока службы зубов, оздоровления полости рта и всего организма. В ходе лечения могут быть использованы консервативные методы (полировка зуба, медикаментозная обработка, снятие отложений, закрытый кюретаж зубодесневых карманов), хирургические методы (открытый кюретаж зубодесневых карманов- лоскутная операция, наращивание костной ткани, пластика десны), ортодонтическое и ортопедические методы (шинирование, протезирование).

 Альтернативой данного лечения является отказ от лечения как такового. Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба (-ов), а также системные проявления заболевания.

 Хотя пародонтологическое лечение и гигиена полости рта имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

 Я осведомлен(-а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков.

 Я проинформирован(-а) врача о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящие время. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(-а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Мне были разъяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению.

 При оказании пародонтологической помощи результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применением им качественного режима.

 Я понимаю необходимость визуального и рентгенологического контроля качества лечения и обязуюсь приходить на контрольные осмотры в назначенное время, согласованное с врачом и записанное в медицинской карте.

**Я получил(-а) полную информацию о стоимости моего лечения, согласен(-а) с тем, что в процессе моего лечения, могут быть изменения в стоимости в большую или меньшую сторону, связанные с особенностью проведения моего лечения.**

**Я также даю согласие на обработку и передачу моих персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1.,3. ст. 3., ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей оказания мне медицинских услуг.**

**Исключений, запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имею.**

**Я удостоверяю, что текст данного информационного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение каждого пункта данного документа. Мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. Полученные разъяснения (ответы) понятны и удовлетворяют меня. У меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.**

**Настоящий документ является приложением к Договору возмездного оказания медицинских услуг**

**№\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г., неотъемлемой частью моей медицинской карты.**

**Я согласен(-а) на проведение мне пародонтологического лечения.**

**Дата «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.**

**Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О.**

**Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О.**

 **Дата «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.**