

ООО Стоматологическая клиника «Дентал класс»
Информированное согласие на проведение снятия зубных отложений

Этот документ составлен в соответствии с Основами законодательства РФ «Об охране здоровья граждан» от 21.11.2011г. № 323-ФЗ и Федеральным законом «О защите прав потребителей» от 07.02.1992г. № 2300-1

Я, согласен на снятие зубных отложений в ООО Стоматологическая клиника «Дентал класс».

Доктор обосновал мне необходимость снятия зубных отложений. Меня ознакомили с возможными альтернативными вариантами, а именно – отказ от процедуры.

В результате проведения процедуры снятия зубных отложений возможно возникновение следующих осложнений, не являющихся дефектами оказания медицинской услуги: появление повышенной чувствительности зубов, в том числе усиление чувствительности зубов на дефектах пломб и незащищенных участках дентина – обнаженных корнях, трещинах зубов, кариозных полостях, требующих применения дополнительных клинических методов, снижения чувствительности, разрушения эмали зубов, возникновение болезненных ощущений в области десневого края, покраснение, жжение десен, развитие кровоточивости десен.

Положительный эффект медицинской услуги по проведению профессиональной гигиены заключается в удалении всех видов зубных отложений. Сроки достижения положительного эффекта от процедуры снятия зубных отложений, в том числе количество и продолжительность процедур, необходимых для достижения указанного эффекта, зависит от глубины поражения зубов налетом, причины возникновения зубного камня, индивидуальных особенностях зубной эмали.

Указанный положительный эффект процедуры не распространяется на удаление пигментных пятен, возникновение которых обусловлено кариозными изменениями или последствиями предшествующего стоматологического лечения.

Учитывая естественный процесс возникновения зубного налета, достигаемый положительный эффект от процедуры снятия зубных отложений непостоянен; при этом длительность сохранения полученного результата зависит от качества гигиены полости рта, индивидуальных особенностей организма Пациента (в том числе особенностей зубной эмали), особенностей питания, приема лекарственных препаратов, минерального состава слюны, а также от наличия патологических зависимостей (в частности, курения) и возраста Пациента.

Подпись пациента _____ / _____ /
Подпись врача _____ / _____ /

« ____ » _____ 201__ г.