

**Информированное согласие
на профессиональную гигиену полости рта**

« ____ » _____ 20__

1. Я, _____,
соглашаюсь с тем что мое лечение будет проводить гигиенист стоматологический _____.

2. Мне сообщена, разъяснена гигиенистом стоматологическим и понятна информация о сути данной процедуры: необходимость и частота проведения профессиональной гигиены полости рта в соответствии с индивидуальным планом профилактических мероприятий; допустимость изменения назначенного плана и технологий в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе лечения

3. Мне сообщена, разъяснена гигиенистом стоматологическим информация о стоимости, а также гарантиях, а именно: невозможность обозначения сроков гарантии по причине специфики данной процедуры и индивидуальных особенностей организма (скорость образования мягких и минерализованных зубных отложений, состав микрофлоры полости рта, вредные привычки).

5. Гигиенист стоматологический проинформировал меня, что последствиями отказа от лечения могут быть: прогрессирующее воспаление десны (боль, отек, кровоточивость), появление зубодесневых карманов, подвижность и потеря зубов.

6. Настоящим даю свое согласие на осуществление рекомендованной процедуры. Я подтверждаю полную ответственность за оплату услуг и согласие произвести оплату полностью за все этапы лечения.

Подпись гигиениста _____

Подпись пациента _____