



## Съгласие за: провеждане на клинична орална хигиена

Дата:..... Име: .....

1. Давам разрешение, по този начин съгласието си, да бъда лекуван от д-р ..... поради наличието на следните заболявания/състояния: .....
2. Процедурите/процедурата, необходими за лечението на заболяванията/заболяването ми бяха обяснени и аз разбирам какво представляват следните манипулации: почистване на зъбен камък, терапевтичен кюретаж (почистване под венците) и локално приложение на флуориди; .....
3. Бях информиран за други възможни методи за лечение (ако има такива), които са: ..... Аз разбирам, че тези лечебни мероприятия са по мой личен избор и рисковете от тях ми бяха разяснени. Аз разбирам, че мога да избира тези лечебни мероприятия като други варианти на моето лечение и рисковете от тях ми бяха разяснени.
4. Съгласен съм с приложението на локална анестезия във връзка с по-горе споменатите процедури.
5. Усложненията впоследствие на зъбно-хигиенните процедури (зъбна профилактика – почистване на зъбен камък, терапевтичен кюретаж (почистване под венците) и локална апликация на флуор) включват (но не се ограничават само с тях) следните симптоми:
  - кървене, дискомфорт, инфекция
  - повишена чувствителност, дължаща се на премахването на отлагания по зъбите и заглаждането на кореновата повърхност (почистване под венца)
  - мекотъкнна реакция към флуорната апликация, която включва: зачервяване на тъканите, гадене/повръщане, ако препаратът бъде погълнат и временно лющене/обелване на лигавичните тъкани
  - падане на хлабави или счупени обтурации, вставки (пломби) или коронки
  - усложнения, свързани с местната анестезия (въпреки че са редки) могат да включват: болка, оток, натъртване, инфекция, увреждане на нерв и неочаквани алергични реакции, които могат да доведат до сърдечен пристъп, удар, увреждане на мозъка и/или смърт
6. Аз разбирам, че по време на лечението хигиенистът може да открие други непредвидени патологични състояния, които могат да изискват провеждането на различни процедури от първоначално планираните. Аз упълномощавам него/нея да извършват такива други процедури, каквито считат за необходими, според професионалната си преценка. Аз разбирам, че никакви гарантирани резултати не са ми обещавани и аз давам свободното си и доброволно съгласие за лечение.

Аз удостоверявам, че прочетох или ми бяха дадени пълни/подробни обяснения и напълно разбирам термините, съдържащи се в текста по-горе и доброволно давам съгласието си за провеждането на планираната/хирургична интервенция.

\_\_\_\_\_

подпис на пациента / законен настойник

\_\_\_\_\_

дата

\_\_\_\_\_

подпис на свидетел

\_\_\_\_\_

дата