

Приложение № 10 к Договору № _____ от _____ 202__ года.

**Информированное добровольное согласие пациента ООО «Улыбка»
на проведение стоматологического медицинского вмешательства:
пародонтологическая операция.**

*Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 23
Федерального Закона Российской Федерации "Об основах охраны здоровья граждан в
Российской Федерации" от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ (ред. от 25.12.2025 года
№550-ФЗ действует с 01.04.2026 года)*

Этот документ является необходимым предварительным условием (разрешением)
начала медицинского вмешательства.

Я, _____,
(Ф.И.О. пациента, законного представителя, число, месяц, год рождения)
обращаюсь в клинику «Улыбка» для оказания мне/моему представляемому

(Ф.И.О. представляемого, число, месяц, год рождения)
стоматологической помощи.
После проведенного обследования лечащий врач поставил мне
диагноз: _____

Меня проинформировали в простой и доступной форме о заболевании связочного
аппарата моих зубов, при котором происходит воспаление десны, образование
пародонтальных карманов, убыль костной ткани и усиление подвижности зубов.
Зубодесневые карманы создают благоприятную среду для скопления бактерий под десной в
труднодоступных для чистки местах, а это приводит к дальнейшему ухудшению состояния.
Без лечения данное заболевание может стать причиной потери зубов и иметь другие пагубные
последствия.

Рекомендуемое лечение: для улучшения моего состояния доктор

рекомендовал(а) выполнить лечение, которое включает пародонтологическую операцию. Я
понимаю, что как часть лечения мне будут назначены местные анестетики. Есть возможность
использовать седативные средства, они будут применены по моей просьбе и при наличии
медицинских показаний. Процедура включает открытие десны, чтобы получить доступ к
корням и кости. Измененная костная ткань будет удалена, поверхности корней очищены.
Образовавшиеся дефекты костной ткани будут выровнены. По предписанию доктора и с
моего согласия вокруг моих зубов могут быть размещены материалы, и средства для
заживления кости и восстановления потерянной опоры. Мягкие ткани десны будут защищены и
наложена десневая повязка.

Я понимаю, что в ходе оперативного вмешательства могут возникнуть непредвиденные обстоятельства, которые могут потребовать изменения или отклонения от первоначального плана. Это включает, но не ограничивается:

- 1) удаление безнадежных зубов;
- 2) удаление безнадежных корней в многокорневых зубах.

Ожидаемые результаты: цель пародонтальной операции - устранить причины, провоцирующие развитие воспалительного процесса и по возможности максимально восстановить утраченные костные ткани.

Операция должна помочь мне сохранить зубы в оперируемой области и дать возможность проводить гигиену полости рта более эффективно.

Главные риски и осложнения: мне понятно, что независимо от качества и методики проведенного оперативного вмешательства в некоторых случаях могут возникнуть осложнения:

- 1) послеоперационная инфекция;
- 2) кровотечение, отечность и боль;
- 3) кратковременная или иногда долговременная чувствительность зуба на горячее и холодное;
- 4) аллергические реакции;
- 5) временное онемение оперируемых тканей;
- 7) кратковременная ограниченность открывания рта;
- 8) кратковременное или иногда долговременное усиление подвижности зуба, боль при закусывании на зубы в области вмешательства;
- 9) сокращение десны, что приводит к удалению некоторых зубов и увеличению расстоянию между зубами;
- 10) возникновение герпеса.

Продолжительность лечения какого-либо осложнения предопределить невозможно, некоторые осложнения могут быть необратимыми.

В некоторых случаях при тяжелом течении заболевания возможна потеря зубов в оперируемой области. При наличии показаний и отсутствии противопоказаний в послеоперационном периоде мне может быть назначена противомикробная терапия (антибиотики, химиопрепараты и т.д.). Пародонтологическая операция может не привести к ожидаемому результату, сохранению функции или внешнего вида зубов, так как каждый пациент индивидуален и реакция его организма не может быть предсказуема. Положительный эффект от вмешательства не обязательно будет долгосрочным.

Метода, с помощью которого можно было точно прогнозировать или дать оценку процессу заживления десны и кости, не существует. Я понимаю, что может возникнуть необходимость повторной операции, если первая оказалась неудовлетворительной. Кроме того, на успех операции могут оказать отрицательные воздействия:

- 1) неудовлетворительная гигиена полости рта;
- 2) употребление алкоголя;
- 3) курение;
- 4) сопутствующие заболевания;
- 5) стискивание и скрежет зубами;
- 6) проблемы питания;
- 7) принимаемые мною лекарственные препараты.

Я сообщил лечащему врачу обо всех известных мне случаях реакции на лекарственные препараты, об аллергии, заболеваниях, симптомах, привычках или состояниях, которые могут иметь значение для данной операции. Мне понятно, что тщательный самостоятельный уход за полостью рта, рекомендуемый моим врачом-пародонтологом и выполнение всех назначений его очень важны для успеха данной операции и достижения желаемого конечного

результата. Альтернатива предложенному лечению: мне объяснены в доступной форме альтернативные методы лечения моего состояния. Это может включать:

- 1) отсутствие лечения - ожидание возможного прогрессирования моего заболевания, которое может привести к преждевременной утрате зубов;
- 2) удаление зубов, находящихся в поврежденной области зубов;
- 3) продолжительное неоперационное выскабливание корней зубов (скалирование и выравнивание поверхностей корней), применяя или нет медикаментозную терапию с целью сокращения количества бактерий и налета, более частое проведение профессиональной гигиены полости рта и большее время, отведенное на процедуры, что в сложившихся обстоятельствах не является достаточным для исправления моей ситуации.

Необходимое наблюдение и самостоятельный уход: я понимаю, что важно регулярно наблюдаться у лечащего врача независимо от результатов вмешательства. Реставрационная стоматология может стать важным фактором в достижении успеха или неудачи планируемой операции. Лечащий врач, учитывая медицинские показания, может порекомендовать новые реставрации или изменить существующие, удалить зубы, провести терапию корневых каналов или перемещение одного или нескольких зубов. Я понимаю, что несоблюдение рекомендаций врача может привести к усугублению болезненного процесса, ответственность за который полностью лежит на мне.

Я признаю, что зубы и протезы должны содержаться в чистоте. Я понимаю необходимость визита к врачу после операции, чтобы доктор _____ мог(ла) наблюдать за заживлением, оценивать и сообщать о результатах операции по окончании заживления. Я знаю, что курение и алкоголь могут оказать пагубное воздействие на заживление и ограничить успех. Я знаю, что важно:

- 1) соблюдать все предписания и инструкции лечащего врача;
- 2) посещать врача для периодического обследования и профилактического лечения (по согласованному графику с лечащим врачом выполнение которого я принимаю на себя).

Отсутствие гарантий: я нижеследующим признаю, что предполагаемое мне лечение не может гарантировать полный успех. В большинстве случаев лечение должно обеспечить возможность устранения причин моего состояния и создать условия для заживления, которое поможет сохранить зубы. В связи с индивидуальностью каждого пациента не может наверняка предсказать безусловный успех вмешательства. Существует риск неудачи, рецидива дополнительного лечения, ухудшения моего текущего состояния, включая возможную потерю определенных зубов, несмотря на наилучший уход и лечение.

Согласие пациента: мне полностью сообщили о природе заболевания пародонта, о планируемой операции, рисках и благоприятных результатах этого вмешательства, альтернативном лечении, о необходимости в послеоперационном наблюдении и самостоятельном уходе. Мне предоставили возможность задать любые вопросы, связанные с лечением, и обсудить любые интересующие меня моменты. После тщательного анализа всех положительных и отрицательных сторон оперативного лечения, включая возможные осложнения и риски, я выражаю согласие на выполнение пародонтологической операции.

Я также выражаю согласие на выполнение дополнительных или альтернативных процедур, которые окажутся необходимыми, по мнению лечащего врача.

Я заверяю, что я полностью прочитал, понял и согласен с данным документом и предложенным мне лечением.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным Приложением к Договору и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Примечание: согласие на проведение стоматологического вмешательства в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет (16 лет для страдающих наркоманией), и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных.

Факт законности представительства интересов

_____ (Ф.И.О. представляемого)
подтвержден: _____
_____ (документ представителя)

Пациент (законный представитель пациента) имеет право собственноручно вносить в текст данного информированного согласия дополнения, связанные с его правом на добровольность такового.

_____/_____
подпись заказчика/пациента расшифровка подписи
_____/_____
подпись врача расшифровка подписи

« ____ » _____ 202 ____ г.
дата оформления
« ____ » _____ 202 ____ г.
дата оформления