

Приложение № 12 к Договору № _____ от _____ 202__ года.

**Информированное добровольное согласие пациента ООО «Улыбка»
на проведение стоматологического медицинского вмешательства:
пародонтологическое лечение**

*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 17.11.2025 года
№424-ФЗ действует с 01.03.2026 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.

Этот документ подтверждает, что я ознакомился(лась) с предлагаемым планом лечения,
сроками и стоимостью оказания медицинских услуг, рисками, исходами, условиями гарантии
и сроками службы, а также с альтернативными вариантами лечения и мог(ла) отказаться от
лечения, поставив свою подпись в конце документа. Доктор поставил мне(моему
представляемому) следующий диагноз: _____

(заполняется врачом)
и указал на необходимость проведения профессиональной гигиены полости рта и
комплексного лечения заболевания, включая хирургические, ортопедические,
ортодонтические методы. Последствиями отказа от данного лечения могут быть:
прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление, либо
нарастание болевых ощущений; потеря зуба или группы зубов.

Пародонтологическое лечение не может гарантировать полного выздоровления, хотя
имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, результатом проводимых
процедур является стабилизация зубов, процесса атрофии костной ткани, устранение
воспалительных явлений в тканях, окружающих зуб, направленная регенерация костной
ткани при отсутствии медицинских противопоказаний.

Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба или группы
зубов.

Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического исследования с целью
уточнения диагноза и контроля эффективности проводимого лечения и обязуюсь приходить
на контрольные осмотры (по графику, обговоренному с доктором).

Я предупрежден(а) о возможных осложнениях во время анестезии, лечебных манипуляций, при приеме анальгетиков, антибиотиков и других лекарственных средств. Я проинформировал(а) Доктора _____ обо всех случаях повышенной чувствительности непереносимости медикаментозных препаратов в прошлом и в настоящее время.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(на) с тем, что предсказать точный результат планируемого лечения невозможно, так как не может быть стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мной результата с реальной действительностью. Я понимаю, что мне не давались безосновательные гарантии или заверения. Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я так же имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы. Принимая во внимание все возможные осложнения и риски, я согласен(на) на рекомендованное врачом лечение имеющегося у меня заболевания пародонта.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным Приложением к Договору и понимаю, что последнее является 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