

Приложение № 15 к Договору № _____ от _____ 202__ года.

**Информированное добровольное согласие пациента ООО «Улыбка»
на временное стоматологическое лечение без гарантии.**

*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)

Я (Ф.И.О.) _____,
настоящим подтверждаю что, в соответствии со статьями 20, 21, 22 Федерального закона от
21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской
Федерации», в соответствии с моей волей, в доступной форме проинформирован(а) о
наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях имеющегося у меня
заболевания:

Указанное лечение я воспринимаю исключительно как временное, позволяющее
мне: _____

Я был(а) предупрежден(а) врачом о неоптимальности и нецелесообразности
проведения такого временного лечения, о всех возможных осложнениях, которые могут
произойти вследствие принятого мною решения.

Я был(а) предупрежден(а) врачом и соглашаюсь с тем, что ни врач, проводящий
временное стоматологическое лечение, ни клиника не предоставляют никаких гарантий на
данную медицинскую услугу и не могут нести за нее ответственности, так как подобное
лечение не может иметь клинического успеха, а является всего лишь попыткой отдалить
срок рекомендованного лечения. В связи с этим я согласен(а) принять на себя
ответственность за результат оказанного временного лечения по моему настоянию и вопреки
рекомендациям врача, и не иметь любых претензий и требований ни к врачу, ни к клинике.

Я понимаю и принимаю, что при временном лечении положительный результат не
может быть гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом
соответствующей квалификации, использование им только разрешенных к применению в
РФ медицинских изделий и лекарственных препаратов, соблюдение санитарно-
гигиенического и противозидемического режимов.

Я предупрежден(а) и согласен(а) с тем, что объем манипуляций в ходе процедуры
может варьироваться, а окончательный выбор объема корректируется во время проведения

лечения/процедуры врачом. В случае необходимости корректировки процедуры или проведения другой процедуры я доверяю врачу принять соответствующее решение и выполнить все необходимые медицинские действия, которые он сочтет необходимым. В случае возникновения осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю свое согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, которые врач сочтет необходимым. В случае возникновения неотложных ситуаций, даю согласие на госпитализацию.

Мне разъяснено, что симптомами осложнений после не гарантийного (временного лечения) могут являться болевые ощущения в области вмешательства, и что при появлении болевых ощущений мне необходимо обратиться за помощью к специалисту, для дополнительного обследования и принятия решения о новом лечении в полном объеме в соответствии с рекомендациями врача. При отсутствии осложнений посещение врача осуществляется планово.

Я добросовестно поставил(а) в известность и ответил(а) на все вопросы врача обо всех проблемах своего здоровья, в том числе об: аллергии, индивидуальной непереносимости препаратов, перенесенных и известных травмах, операциях, заболеваниях, принимаемых мною лекарственных средствах, вредных привычках.

Я подтверждаю, что противопоказаний, о которых меня информировал врач, у меня нет. При наличии у меня противопоказаний и неуведомлении о них врача, в случае возникновения побочных эффектов я отвечаю за все последствия в полной мере без претензий к врачу и клинике.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным приложением к Договору и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечёт для меня правовые последствия.

Я понимаю необходимость регулярных контрольных осмотров у врача и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры.

Я подтверждаю, что в доступной форме уведомлен(а) и в полной мере проинформирован(а) врачом:

- об особенностях процедуры, методе её оказания, этапах её выполнения;
- об альтернативных методах лечения;
- о возможной необходимости выполнения других медицинских вмешательств, процедур, исследований, мероприятий;
- о показаниях, противопоказаниях, возможных побочных реакциях, осложнениях, возможном риске, последствиях, результатах;
- о необходимости соблюдения режима при проведении процедуры, регулярном применении назначенных препаратов;
- о необходимости немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, незамедлительной явке на осмотр в случае возникновения осложнений, обязанности информирования врача о состоянии здоровья;
- о согласовании с врачом приема новых препаратов перед их применением;
- о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов;
- о возможном отличии результатов процедуры от ожидаемых, о невозможности гарантировать врачом только положительных результатов процедуры и с этим соглашаюсь;

- о качественном выполнении врачом соответствующей квалификации клинических, диагностических, технологических этапов проведения процедуры, использование им только разрешенных к применению в РФ медицинских изделий и лекарственных препаратов, соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов.

Я подтверждаю, что:

- текст мною прочитан, полученные объяснения врача меня полностью удовлетворяют, понятно содержание и назначение данного документа, понятен смысл всех терминов;
- все данные, полученные от меня, записаны верно;
- понимаю, что при отказе от лечения неизбежно прогрессирование заболевания с развитием соответствующих осложнений, а так же вся ответственность за принятое мною решение отказаться от лечения ложится целиком и полностью на меня.
- имел(а) возможность задать врачу все интересующие вопросы, и врачом даны исчерпывающие ответы на все заданные вопросы;
- данное согласие является подтверждением обсуждения мною с врачом вышеупомянутой процедуры;
- Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остаётся возможность либо отказаться от лечения, либо дать свое согласие. На основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении мне данного медицинского вмешательства.

Пациент согласился с проведением медицинского вмешательства _____
(подпись)

Пациент отказался от проведения медицинского вмешательства _____
(подпись)

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

конфиденциально

КОНФИДЕНЦИАЛЬНО