

Приложение № 4 к Договору № _____ от _____ 202__ года.

**Информированное добровольное согласие пациента ООО «Улыбка»
на проведение стоматологического медицинского вмешательства:
ортопедическое 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 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 и уполномочиваю врача-стоматолога

(Ф.И.О. врача)
провести ортопедическое лечение дефектов зубов или (и) зубных рядов челюстей. Этот
документ содержит также необходимую для меня информацию с тем, чтобы я
ознакомился(-лась) с предлагаемым лечением и мог(ла) отказаться от него, либо дать своё
согласие на проведение данного лечения.

Врач обосновал необходимость проведения ортопедического лечения. Я
ознакомлен(на) с наиболее рациональным планом протезирования и проведения
подготовительных мероприятий.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами протезирования,
которые в моем случае, будут иметь меньший клинический успех (длительность службы
протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика
заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение жевательного аппарата). Последствиями
отказа от протезирования вообще могут быть: перелом зуба при отказе от покрытия зуба
коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения, прогрессирование
зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшения
эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая
утрата зубов остаточного прикуса, заболевание жевательных мышц и височно-
нижнечелюстного сустава, а также обще-соматические заболевания желудочно-кишечного
тракта, нейропатология.

Врач понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, а также соблюдать сроки, которые необходимо выдержать прежде, чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки протеза. Хотя предложенное протезирование поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, я понимаю, что протезирование является своего рода вмешательством в биологический организм и как любая медицинская операция не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов протезирования, т.к. полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного аппарата (как если бы у человека снова выросли зубы). Зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается инволютивному развитию (как при наличии протеза, так и без него, но в последнем случае гораздо быстрее), которое проявляется в рецессии десны, атрофии костной ткани челюсти, стираемости твердой ткани зубов. Поэтому через какое-то время, которое зависит от скорости протекания инволютивных процессов, и которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции, либо переделки протеза.

Я понимаю необходимость регулярных контрольных осмотров у врача и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, обговоренному с врачом и записанному в истории болезни).

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время и при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии и медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я полагаю, что в моих интересах начать предложенное мне протезирование. Мне были объяснены все возможные исходы протезирования, а также альтернативные варианты. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы.

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

Претензии к эстетике реставрации, форме и цвету (виниры, вкладки, накладки, мосты, съемные протезы и др.) не имею.

Подпись пациента (законного представителя) _____ / _____

Разрешаю постоянную фиксацию ортопедической конструкции.

Подпись пациента (законного представителя) _____ / _____

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

«____»_____202__ г.
дата оформления

_____/_____
подпись врача расшифровка подписи

«____»_____202__ г.
дата оформления

Предложенные варианты протезирования

1. Оптимальный

18 17 16 15 14 13 12 11

21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41

31 32 33 34 35 36 37 38

Ориентировочная стоимость _____

Ориентировочный срок ортопедического лечения: _____

Примечания (в том числе сроки и условия гарантии): _____

2. Альтернативный

18 17 16 15 14 13 12 11

21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41

31 32 33 34 35 36 37 38

Ориентировочная стоимость _____

Ориентировочный срок ортопедического лечения: _____

Примечания (в том числе сроки и условия гарантии): _____

3. Согласованный с пациентом план протезирования

18 17 16 15 14 13 12 11

21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41

31 32 33 34 35 36 37 38

Ориентировочная стоимость _____

Ориентировочный срок ортопедического лечения: _____

Примечания (в том числе сроки и условия гарантии): _____

_____/_____
подпись заказчика/пациента расшифровка подписи

«____»_____202__ г.
дата оформления

_____/_____
подпись врача расшифровка подписи

«____»_____202__ г.
дата оформления

КОНФИДЕНЦИАЛЬНО

