

Приложение № 7 к Договору № _____ от _____ 202__ года.

**Информированное добровольное согласие пациента ООО «Улыбка»
на проведение стоматологического медицинского вмешательства:
энтодонтическое 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 _____
провести эндодонтическое лечение (лечение корневых
каналов) _____

Этот документ подтверждает, что я ознакомился(ась) 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: _____

и указал на необходимость лечения корневых каналов этого зуба. Последствиями отказа от
данного лечения могут быть:

- прогрессирование заболевания;
- появление, либо нарастание болевых ощущений;
- развитие тяжелых гнойных осложнений вплоть до летального исхода;
- образование околокорневой кисты;
- потеря зуба, а также обострение имеющихся хронических заболеваний.

Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба(зубов).
Эндодонтическое лечение, как правило, имеет высокий процент клинического успеха, тем не
менее, я **понимаю, что** оно является комплексным вмешательством на биологических

тканях организма и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех, так как невозможно предугадать ответную реакцию организма на проводимое лечение, особенно в случаях повторного эндодонтического лечения.

Доктор пояснил мне все возможные осложнения, которые могут произойти во время лечения корневых каналов, а именно:

1. Имеется достаточно высокий процент (от 20% до 44% по данным различных авторов) неудач эндодонтического лечения, что может потребовать: повторного лечения корневых каналов в будущем, хирургического вмешательства в области верхушек корней и даже удаление зуба.

2. Во время лечения корневых каналов из-за особенностей их строения и степени их искривления возможна поломка инструментов, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала, либо инструмент может перфорировать стенку корня. Хотя это происходит редко, тем не менее, такие осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и могут повлечь за собой потерю зуба.

3. При перелечивании корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается в связи с:

- невозможностью удалить старую корневую пломбу, либо металлический штифт из корневого канала;
- облитерацией корневых каналов (отсутствие корневого канала из-за отложений в нем солей кальция), что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфораций, поломки инструментов). При лечении искривленных корневых каналов также имеется более высокий процент поломки инструментов, перфораций и переломов корня. Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтической терапии;
- при снятии искусственной коронки может произойти перелом культи или корня зуба, так как даже при рентгеновском исследовании определить степень разрушенности твердых тканей зуба невозможно, что может привести к его удалению;
- даже при успешном завершении эндодонтического лечения нельзя гарантировать, что это зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем.

Доктор также объяснил мне необходимость обязательного ортопедического восстановления коронки зуба после проведения эндодонтического лечения из-за значительной утраты твердых тканей коронковой части, что может привести к перелому ее стенок из-за их значительного истончения. Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля эффективности и качества эндодонтического лечения. Я понимаю необходимость периодических осмотров по графику, обговоренному с доктором.

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

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что мне не были даны какие-либо гарантии или заверения. Я понимаю, что в моих интересах приступить к лечению корневых каналов.

Мне были разъяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы. Принимая во внимание все возможные результаты планируемого лечения, возможные осложнения и риски, я согласен(на) на проведение эндодонтического лечения.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом, являющимся приложением к Договору на оказание платных медицинских услуг и неотъемлемой частью амбулаторной карты(ф. 043/у).

Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии моего здоровья, а также выполнения всех полученных от врача и персонала указаний, касающихся визитов в указанные сроки, соблюдения гигиены полости рта, проведения консервативного лечения, в котором я буду нуждаться. Я внимательно ознакомился(лась) с данным Приложением к Договору и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Настоящим я даю согласие на осуществление основного плана лечения.

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