

Приложение № 8 к Договору № _____ от _____ 202__ года.

**Информированное добровольное согласие пациента ООО «Улыбка»
на проведение стоматологического медицинского вмешательства:
хирургическое 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(ась) с предлагаемым планом лечения,
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)
Я проинформирован(а) о необходимости проведения хирургической операции

и понимаю цель, методы и средства ее проведения.

Последствиями отказа от данной операции могут быть: прогрессирование заболевания,
развитие инфекционных осложнений, появление или усиление болевых ощущений, а также
обострение имеющихся системных заболеваний организма. Альтернативным методом
лечения является отсутствие лечения.

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

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии, проведении лечебных манипуляций, при приеме анальгетиков и других медикаментозных средств.

Я проинформировал(а) врача обо всех случаях повышенной чувствительности или непереносимости медикаментозных препаратов в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Понимая сущность операции и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат оперативного лечения и течение послеоперационного периода. Независимо от наличия определенных рисков и возникновения возможных осложнений, я понимаю необходимость проведения операции и даю на нее свое согласие.

Мне были объяснены в простой форме все возможные исходы хирургического лечения.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. После тщательного анализа всех положительных и отрицательных сторон оперативного лечения, включая возможные осложнения и риски, я выражаю согласие на выполнение хирургической операции. Я так же выражаю согласие на выполнение дополнительных или альтернативных процедур, которые окажутся необходимыми, по мнению лечащего врача.

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

Я заверяю, что я полностью понял(а) и согласен(на) с данным документом и предложенным мне лечением.

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)

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

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

КОНФИДЕНЦИАЛЬНО