

Приложение № 9 к Договору № _____ от _____ 202__ года.

**Информированное добровольное согласие пациента ООО «Улыбка»
на проведение стоматологического медицинского вмешательства:
имплантация.**

*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.

Содержание данного Согласия

Часть 1. Условие

Доктор _____ объяснил мне природу моего состояния: отсутствие зубов.

Процедура-Зубной имплантат

1. После тщательного обследования полости рта доктор предложил мне установить
дентальные имплантаты. Я даю согласие на данный курс лечения.

2. Эта процедура может включать в себя восполнение кости материалами
человеческого, животного и искусственного происхождения. Я понимаю, что эта процедура
дает оптимальную реабилитации функции жевательного аппарата.

3. Я понимаю, что эта процедура является не единственной среди предложенных
методов лечения. Мне также предложены альтернативные методы, включающие в себя
полносъемные протезы. Я выбрал оперативный вид установки имплантатов.

4. Я также понимаю, что для проведения данной операции необходимо сделать разрез и внедрение имплантата через специальное отверстие, сделанное стоматологическим сверлом в челюстной кости. После этого мягкие ткани будут закрыты швом, и имплантат останется в покое в ткани кости на период до 6-9 месяцев, причем обычно 1-я фаза заживления, до снятия швов, около одной недели. Окончательная остеоинтеграция (заживление кости) идет в течение 6-9 месяцев. Эти сроки зависят от моего общего состояния здоровья, режима питания и других факторов.

5. Я также понимаю, что по ходу исполнения данной процедуры могут возникнуть непредвиденные изменения, и поэтому необходимы дополнительные мероприятия в виде фармакологических препаратов и курса лечения согласно профессиональному мнению лечащего врача.

6. У меня была возможность обсудить с доктором план хирургического вмешательства, установку имплантата и послеоперационных рекомендаций: не злоупотреблять курением, спиртными напитками в течение 2-х недель, необходимость использования антибиотиков, противобольных препаратов. При возникновении сильной боли, повышении температуры тела необходимо сразу же связаться с лечащим врачом во избежание серьезных проблем.

7. Я понимаю, что вследствие приема некоторых препаратов, возможно возникновение таких реакций моего организма, как вялость, сонливость, поэтому следует ограничить вождение автотранспорта. Я согласен ограничить нахождение за рулем или управление сложным оборудованием в течение 24 часов после операции.

8. Я понимаю, что не может быть гарантий в отношении того, что результаты операции могут меня полностью удовлетворить, а так же то, что ввиду индивидуальных особенностей организма и несовершенства некоторых хирургических процедур существует риск неудачи или необходимости в дополнительном лечении. Проведение дополнительных хирургических мероприятий по спасению имплантата предполагает и дополнительные расходы для меня.

Последствия игнорирования предложенной процедуры

Мое состояние может оставаться таким же или ухудшиться в случае невыполнения предложенного плана лечения, а именно: дальнейшая потеря костной ткани, ведущая за собой деформацию зубного ряда и даже невозможность дентальной имплантации в будущем.

Риски

Среди основных и частых рисков можно упомянуть: отек, ограничение открывания рта, заложенность носа. Всё это - временное явление, но порой и длительное. Если какой-то иной специалист вмешается в процедуру лечения, предписанную моим лечащим врачом, то я обязуюсь понести все вызванные этим расходы. В этих случаях возврат денежных средств исключен.

Идентификация имплантата

При установке имплантата в целях контроля продукта доктор сохраняет в медицинской карте данные об установленном им имплантате и компонентах (включая производственные данные, а так же сроки стерильности).

Отсутствие гарантий

Ввиду несовершенства науки невозможно дать совершенных гарантий, и доктор не сможет дать полностью удовлетворяющего меня курса лечения. Вследствие индивидуальных различий пациентов увеличивается срок неудачи или дополнительных мер лечения.

Часть 2 . Моя сфера ответственности.

Я согласен(на) полностью сотрудничать с моим доктором по внесенным им рекомендациям. В частности:

- после установки ортопедической конструкции - проведение профессиональной гигиены 1 раз в 3-6 месяцев (в зависимости от уровня самостоятельной гигиены), также я обязуюсь выполнять все гигиенические мероприятия в полости рта, регулярно обследовать свое здоровье;
- обязательное использование ирригатора через 1 месяц после фиксации ортопедической конструкции - ежедневно,
- осмотр и рентгеновский контроль 1 раз в 3 месяца - в течение 1 года функционирования ортопедической конструкции, 1 раз в 6 месяцев – в течение 2 года, далее - 1 раз в год.

Часть 3. Разное.

Фотографии

Я даю согласие на фотографирование, съемку и рентгеновскую запись во время операции или других необходимых стоматологических процедур публикацию этих снимков в научных целях.

Оплата

Мне известен выставленный к оплате счет. Я согласен(на) с ним и знаю, что он не включает в себя расходы по постоперативным мероприятиям: рентгенографии, инъекции, анестезии, которые возможно понадобятся.

Часть 4. Подписи

Я получил(а) исчерпывающую информацию по предполагаемому лечению, она мне полностью понятна. Мне были разъяснены в кабинете врача данная форма процедуры, как она может помочь мне, возможные осложнения и предостережения.

Мне была дана возможность задать вопросы, и были получены удовлетворительные ответы. Я прочитал форму согласия полностью и сообщил хирургу о моем согласии на операцию и анестезию.

Я уполномочиваю доктора _____ провести упомянутую операцию в любое назначенное время.

Я ознакомился(ась) с данным Приложением к Договору и понимаю, что последнее является юридическим 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)

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

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