

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО  
ОТБЕЛИВАНИЕ ЗУБОВ№20**

Я,

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

"\_\_" \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)  
проживающий по адресу:

\_\_\_\_\_ (указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

"\_\_" \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу:  
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

\_\_\_\_\_ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на вид медицинского вмешательства по профессиональному отбеливанию зубов ((далее – отбеливание зубов) придания цвета эмали зубов более светлого оттенка), включенные в [Перечень](#) определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ДИВО».

Я ознакомлен (а) с тем, что отбеливание является медицинской услугой, в ходе которой устраняются косметические дефекты, что не ведет к улучшению состояния здоровья зубов и полости рта, не содержит в себе никакого лечебного эффекта, не ведет к улучшению состояния здоровья зубов и полости рта, не имеет медицинских показаний к применению и выполняется по желанию пациента при отсутствии противопоказаний.

Я проинформирован (а), что непосредственно перед проведением отбеливания зубов следует провести профессиональную гигиену полости рта у стоматолога за отдельную плату, для достижения эффекта отбеливания зубов.

Я выбираю следующий метод отбеливания: клиническое, домашнее, смешанное (подчеркнуть).

Я получил (а) подробные объяснения по поводу состояния моих зубов и полости рта и соглашаюсь с тем, что при проведении лечебных манипуляций по отбеливанию зубов существует определенная степень риска развития осложнений и отсутствия эффекта от услуги:

- после проведения сеансов отбеливания есть риск не достигнуть необходимого результата, то есть отбеливающий эффект будет незначительным или может отсутствовать полностью. Отсутствие эффекта от отбеливания не освобождает пациента от оплаты, поскольку услуга оказана согласно медицинскому протоколу, а подобный результат относится к непрогнозируемым индивидуальным особенностям организма пациента;

- достигнутый результат может очень быстро исчезнуть, то есть цвет зубов может снова вернуться к первоначальному;

- возможно повышение чувствительности зубов в течение первых дней после отбеливания, то есть появится болезненность при действии горячего, холодного, кислого, сладкого (эти ощущения обычно проходят в течение нескольких дней);

- возможно появление болезненности в области десневого края, а также видимые незначительные его изменения и повреждения: шероховатость, покраснение, побледнение, рецессия десны.

- после отбеливания возможен риск возникновения значительного цветового различия между собственными тканями зуба и пломбами, а также протезами, которые имеются в полости рта. Это происходит в силу того, что отбеливающие системы не оказывают какого-либо воздействия на пломбировочные материалы и зубные протезы.

- Я уведомлен (на), что искусственные конструкции в полости рта после проведения отбеливания для соответствия их цвету отбеленных зубов, возможно, придётся переделать для уменьшения цветовых различий, что повлечет дополнительные финансовые расходы.

Я осведомлен(а) об альтернативных методах лечения, направленных на осветление зубов: изготовление прямых композитных реставраций, изготовление непрямых композитных керамических реставраций, протезирования зубов.

Я уведомлен, что отбеливание не проводится лицам до 18 лет, а также при проведении ортодонтического лечения.

Я понимаю, что для достижения желаемого результата процедура клинического отбеливания зубов может быть выполнена в один-два визита или больше посещений, в зависимости от индивидуальных особенностей моих зубов. Каждое посещение будет занимать примерно \_\_\_\_\_ часа(часов).

Меня проинформировали о том, что при проведении клинического отбеливания более чем в одно посещение, перерыв между процедурами может составлять от одной до двух недель. При большем сроке результаты могут быть менее значительными, т.е. эффективность процедуры будет потеряна.

Меня предупредили, что в случае изначальной повышенной чувствительности зубов необходимо проведение процедуры по снижению чувствительности до и после отбеливания, которые оплачиваются отдельно.

Я знаю, что при курении и употреблении продуктов, содержащих красящие вещества (в том числе чай и кофе), а также при недостаточном соблюдении гигиены полости рта, возрастает риск потемнения зубов. Поэтому, начиная лечебные манипуляции по отбеливанию, я понимаю необходимость исключить вредные привычки (курение) и употребление красящих веществ растительного и животного происхождения для сохранения результата и обязуюсь не реже одного раза в полгода приходить на прием к врачу для прохождения контрольного осмотра.

Я предупрежден(а), что после проведения отбеливания в 70 - 90% случаев в течение 2-х недель происходит потемнение зубов примерно на 0,5 - 1 тона. По данным зарубежных и российских стоматологов, отбеленные зубы могут сохранять достигнутый цвет в течение от 6 месяцев - до 5 лет.

Я проинформирован(а) что результат отбеливания, даже при соблюдении всех правил, предсказать очень трудно, поэтому я соглашаюсь на отбеливание зубов даже если в моем случае минимальным результатом отбеливания зубов будет сохранение цвета неизменным без осветления.

Я осведомлен(а) об основных правилах при проведении процедуры домашнего и клинического отбеливания и обязуюсь их соблюдать в течение всего периода проведения процедуры:

- не употреблять фрукты (особенно цитрусовые), а также фруктовые соки и газированные напитки, поскольку это может стать причиной повышенной чувствительности;
- не употреблять в течение 2х недель с момента окончания последней процедуры отбеливания кофе, крепкого черного чая, красного вина, и иных красящих продуктов, а также не курить, чтобы предотвратить вероятность ухудшения результатов услуги отбеливания;
- также я обязуюсь немедленно проинформировать моего лечащего врача обо всех неприятных ощущениях, возникающих при проведении процедуры отбеливания.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии, в том числе на лекарственные средства, а также обо всех имеющихся у меня заболеваниях. Я понимаю, что на препараты для отбеливания также возможны аллергические реакции, которые заранее предусмотреть невозможно.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат отбеливания. Я понимаю, что ожидаемый мной результат не гарантирован, однако, мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я понимаю необходимость контроля качества проведенной медицинской услуги и обязуюсь приходить на контрольные осмотры в назначенное время.

Я разрешаю использовать фотографии моих зубов и полости рта на условиях анонимности в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе, а также предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне услуг лицам, оплачивающим мое лечение.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты, договора на оказание платных медицинских услуг.

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, **связанные с ними риски**, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](#), или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных [частью 9 статьи 20](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с [пунктом 5 части 5 статьи 19](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

---

*(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)*

---

*(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)*

Дата	Подпись/ Ф.И.О. гражданина или	Подпись / Ф.И.О. медицинского
------	--------------------------------	-------------------------------



**Информированное добровольное согласие пациента (законного представителя пациента)  
на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства**

Я,

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)  
" \_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по  
адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (дата рождения гражданина либо законного представителя) \_\_\_\_\_ (адрес регистрации  
гражданина либо законного представителя) проживающий по адресу:

\_\_\_\_\_ (указывается в случае проживания не по месту регистрации)  
в отношении \_\_\_\_\_ -

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным  
представителем)

" \_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего по

адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (дата рождения пациента при подписании законным представителем) (в случае  
проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на вид медицинского вмешательства и проведение

мне

+

\_\_\_\_\_ (название вида обезболивания, возможность изменения анестезиологической тактики)

в соответствии с [Перечнем](#) определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ДИВО».

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов; обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я информирован(а) о целях, характере и возможных неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что предстоит мне делать во время его проведения;

Я предупрежден(а) о факторах риска и понимаю, что проведение анестезиологического обеспечения сопряжено с риском нарушений со стороны сердечно-сосудистой, нервной,

дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода.

Мне разъяснено и я осознаю, что во время анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае, я согласен (согласна) на то, что вид и тактика анестезиологического пособия может быть изменена врачами по их усмотрению.

Я ознакомлен(а) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на проведение анестезиологического обеспечения в предложенном объеме.

О последствиях, возможных осложнениях при выполнении анестезии предупрежден(а), связанных с ними риском информирован(а) врачом.

Я подтверждаю, что текст данного информированного согласия мною прочитан полностью, понятен и я согласен с указанным, полученные разъяснения врачей мне понятны и объем предоставленной информации меня удовлетворяет.

Мне понятен смысл сообщенной мне информации и терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно и добровольно принимаю решение о проведении мне медицинского вмешательства. В случае необходимости приема назначенных мне лекарственных препаратов и соблюдении предписаний лечащего врача обязуюсь выполнять данные мне рекомендации.

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](#), или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных [частью 9 статьи 20](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с [пунктом 5 части 5 статьи 19](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Дата (ч.м.г)	Подпись/ Ф.И.О. гражданина или законного представителя, телефон	Подпись / Ф.И.О. медицинского работника

--	--	--

---

**Примечание:**

Информированное добровольное согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием фамилии, имени, отчества — полностью, паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о возможных вариантах медицинского вмешательства, о последствиях и результатах проведенного лечения с учетом состояния здоровья пациента.

При отсутствии законных представителей решение об анестезиологическом обеспечении медицинского вмешательства принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум — непосредственно анестезиолог-реаниматолог и лечащий врач с последующие уведомлением главного врача медицинской организации, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время — ответственного дежурного врача и законных представителей.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос об анестезиологическом обеспечении при проведении медицинского вмешательства в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум непосредственно врач анестезиолог-реаниматолог и лечащий врач с последующие уведомлением главного врача медицинской организации, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время — ответственного дежурного врача.

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА  
ПО УДАЛЕНИЮ ДЕНТАЛЬН (ОГО, БИХ) ИМПЛАНТАТ(А,ОВ) №16**

Я,

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)  
"\_\_" \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
(дата рождения гражданина либо законного представителя) \_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина либо законного  
представителя) проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)  
"\_\_" \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу: \_\_\_\_\_  
(дата рождения пациента при подписании законным представителем) (в случае проживания не по месту жительства  
законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (по удалению дентальн(ого,ых) имплантат(а,ов)), включенные в [Перечень](#) определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ДИВО».

До начала медицинского вмешательства получил (а) от врача интересующую меня информацию о предстоящем вмешательстве, чтобы я мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение, в связи с чем:

1. Я даю согласие на оперативное вмешательство по удалению мне дентальн(ого,ых) имплантат(а,ов);
2. Подтверждаю, что содержание и результаты операции, возможные осложнения, мне полностью объяснены врачом, и я их полностью понял (а).
3. Особенно важными и полностью ясными для меня являются следующие положения об особенностях послеоперационного периода:
  - а) операция направлена на удаление дентальн (ого,ых) имплантат(а,ов) и устранение воспаления (переимплантита);
  - б) после операции возможно развитие любых общехирургических осложнений: отек окружающих тканей, ограничение открывания рта; болезненность в зоне операции, кровотечение, кратковременная потеря чувствительности близлежащих тканей, симптомы воспаления, и т.д. Все эти явления временные и проходят при выполнении рекомендаций врача;
  - в) после операции возможно появление побочных явлений, точную продолжительность которых, невозможно предусмотреть в связи с особенностями организма, таких как: общее недомогание, аллергическая реакция и т.д.;
  - г) после операции мне необходимо выполнять рекомендации врача, как то:
    - не употреблять твердую пищу;
    - исключить из рациона острые, кислые, горячие, холодные блюда, крепкий кофе;
    - отказаться от курения;
    - избегать травмоопасных для челюсти ситуаций;
    - не посещать сауну, баню;
    - чистить зубы два раза в день (утром — после завтрака, вечером — перед сном);
    - приходить на контрольные осмотры в соответствии с рекомендациями врача.

Я ознакомлен (а) и понимаю, какие могут возникнуть осложнения в случае несоблюдения вышеуказанных рекомендаций врача.

4. Я уведомлен (а) и соглас(на,ен) с возможной необходимостью с возможной необходимостью проведения костной пластики, пластики десны, после проведения оперативного вмешательства по

удалению имплантат (а,ов), в целях дальнейшего достижения благоприятного результата по повторной имплантации, которые будут проводиться полностью за мой счет.

5. Я уведомлен (а) и соглас(на,ен), о необходимости дальнейшего повторного ортопедического лечения (протезирования), которое будет производиться полностью за мой счет.

6. Я уведомлен (а) и понимаю, что дальнейшее повторное хирургическое и ортопедическое лечение возможно только после полной реабилитации после оперативного вмешательства по удалению имплантат (а,ов), то есть не ранее, чем через \_\_\_\_\_

7. Я доверяю лечащему врачу и помогающему ему медицинскому персоналу принимать решения, основанные на их профессиональных знаниях, опыте и практических навыках, а также обязуюсь выполнить любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения моего состояния.

8. Я удостоверяю, что ознакомил (ся, ась) с приведенной выше информацией, полученные мной объяснения меня полностью удовлетворяют, и я полностью понимаю назначение данного документа.

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](#), или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных [частью 9 статьи 20](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с [пунктом 5 части 5 статьи 19](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Я выражаю свое **СОГЛАСИЕ/ НЕСОГЛАСИЕ** (нужное подчеркнуть) Исполнителю в случае публичного размещения мной в информационно-коммуникационной сети Интернет, в средствах массовой информации или в иных публичных источниках отзыва, сообщения, мнения или утверждения, доступных неограниченному кругу лиц, о качестве, своевременности, полноте, безопасности медицинской помощи, оказанной Исполнителем, и (или) о сервисе, предоставленном Исполнителем, на раскрытие, в том числе публичное, информации, содержащей сведения о состоянии здоровья Пациента, составляющие врачебную тайну по смыслу законодательства об охране здоровья граждан и о защите персональных данных, для целей урегулирования спора, конфликта, эффективной реализации Исполнителем права на отзыв, а также для публичной защиты деловой репутации Исполнителя.

Я понимаю, что указанное право возникает у Исполнителя из факта публичного размещения Пациентом указанной информации.

Пациент (законный представитель пациента) согласился с проведением медицинского вмешательства:

---

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

---

(подпись) (Фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202 г  
(дата оформления)



**Информированное добровольное согласие  
на медицинское стоматологическое вмешательство – лечение  
кариеса дентина в стоматологической практике ООО «ДИВО»**  
Приложение к договору № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 202\_ г.

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
(дата рождения гражданина, либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

Проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В отношении \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

\_\_\_\_\_ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Федеральным законом «О защите прав потребителей» от 07.02.1992г. №2300-1 даю информированное добровольное согласие на медицинское стоматологическое вмешательство при оказании мне медицинского стоматологического лечения в стоматологической практике ООО «ДИВО»

\_\_\_\_\_ (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

Проинформирован (-а) о диагнозе: (K02.1 по МКБ-10) Кариес дентина и сути планируемых лечебных и диагностических манипуляций зубов в соответствии с рекомендованным Протоколом ведения больных «Кариес зубов».

Мне объяснено, что лечение кариеса независимо от локализации кариозной полости включает: премедикацию (при необходимости), обезболивание, раскрытие кариозной полости, удаление размягченного и пигментированного дентина, формирование, финирирование, промывание и пломбирование полости (по показаниям) или протезирование вкладками, коронками или винирами.

Я проинформирован (-а) о целях лечения:

- ✓ остановка патологического процесса;
- ✓ восстановление анатомической формы и функции зуба;
- ✓ предупреждение развития осложнений, в том числе предупреждение развития феномена Попова-Годона в области зубов антагонистов;
- ✓ восстановление эстетики зубного ряда.

Врач сообщил мне о возможных альтернативных вариантах лечения, а именно:

- ✓ лечение начального, поверхностного или среднего кариеса (1- 2 посещения);
- ✓ лечение глубокого кариеса (1-2 посещения);
- ✓ эндодонтическое лечение корневых каналов с последующим пломбированием (2-4 посещения);
- ✓ изготовление вкладки/накладки (2-3 посещения);
- ✓ установление коронки;
- ✓ отсутствие лечения вообще

Я проинформирован (-а) о возможных негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения могут быть (нужное добавить, ненужное вычеркнуть): прогрессирование заболевания; развитие осложненных форм кариеса; развитие инфекционных осложнений (абсцесс, флегмона, медиастинит, сепсис); ухудшение эстетики; нарушение функции речи; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба; неблагоприятный исход.

Я проинформирован (-а) о возможных последствия приёма анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменение витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

Я проинформирован (-а) о возможных осложнения в процессе лечения, а именно: болевые ощущения; вскрытие пульпарной камеры во время препарирования кариозной полости; чувство «выросшего» зуба (зубов) после постановки пломбы; появление чувствительности к холодной и сладкой пище; локализованное травматическое поражение десны; получение неудовлетворительного цвета зуба; не достижение эстетического результата, уменьшения срока пользования.

В случае невозможности устранения болевой реакции врач принимает решение о депульпировании леченого зуба.

Мне названы и со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.

Я подтверждаю, что мне разъяснены в доступной для меня форме цели, методы оказания медицинской стоматологической помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти.

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

---

(подпись)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

---

(подпись)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.  
(дата оформления)

**Информированное добровольное согласие  
на медицинское стоматологическое вмешательство –  
проведение профессиональной гигиены полости рта  
в стоматологической практике ООО «ДИВО»**  
Приложение к договору № \_\_\_\_ от \_\_\_\_ 202\_ г.

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
(дата рождения гражданина, либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

Проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В отношении \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

\_\_\_\_\_ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Федеральным законом «О защите прав потребителей» от 07.02.1992г. №2300-1 даю информированное добровольное согласие на медицинское стоматологическое вмешательство при оказании мне медицинского стоматологического лечения в стоматологической \_\_\_\_\_ практике ООО «ДИВО»

\_\_\_\_\_ (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме предоставлена полная информация о целях, методах оказания медицинской стоматологической помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы.

Мне разъяснено и понятно, что последствиями отказа от данной процедуры могут быть: возникновение и прогрессирующие заболеваний (кариес, пародонтит) и связанная с этим потеря зубов.

Я проинформирован(а), что для сохранения здоровья моих зубов и десен необходимо проводить профессиональную гигиену полости рта в следующие сроки:

- 1 раз в 6 месяцев для лиц, имеющих здоровые ткани пародонта;
- 1 раз в 3 месяца для лиц с заболеваниями пародонта.

Кратность визитов определяется лечащим врачом и зависит от индивидуальных особенностей моего организма, наличия или отсутствия патологии, степени ее тяжести.

Я понимаю, что при несоблюдении мною рекомендаций врача в домашних условиях и (или) несоблюдении интервалов контрольных визитов уменьшаются гарантийные сроки службы реставрации зубов.

Я даю согласие на применение анестезии. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии при приеме анальгетиков и антибактериальных препаратов.

Я в полном объеме проинформировал(а) врача о состоянии своего здоровья, особенностях моего организма, о наличии у меня заболеваний, о всех случаях аллергии в прошлом и в настоящее

время, о принимаемых мною лекарственных препаратах, противопоказаниях, о наблюдении и лечении у врачей других специальностей.

Понимая сущность предложенного медицинского стоматологического и уникальность собственного организма, я согласен (а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти.

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

---

(подпись)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

---

(подпись)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ Г.  
(дата оформления)

**Информированное добровольное согласие на медицинское  
вмешательство в стоматологической практике ООО «ДИВО»**

Приложение к договору № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 202\_ г.

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
(дата рождения гражданина, либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

Проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В отношении \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

\_\_\_\_\_ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны  
здоровья граждан в Российской Федерации» и Федеральным законом «О защите прав потребителей»  
от 07.02.1992г. №2300-1 даю информированное добровольное согласие на медицинское  
стоматологическое вмешательство при оказании мне медицинского стоматологического лечения в  
стоматологической практике ООО «ДИВО»

\_\_\_\_\_ (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи,  
связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том  
числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания  
медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких  
видов медицинских вмешательств,

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я  
согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения, во  
многом он зависит от индивидуальных физиологических особенностей организма и связанных с  
этим процессов заживления, и не может быть полностью спрогнозирован до начала лечения или во  
время него. Я понимаю, что ожидаемый мной результат лечения не гарантирован, однако мне  
гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им  
качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил  
санитарно-эпидемиологического режима. Я осведомлен(а) о том, что при необходимости может  
понадобиться дополнительное лечение (хирургическое вмешательство). Я проинформирован(а)  
врачом, что данная медицинская услуга, возможно, может быть оказана по программе  
обязательного медицинского страхования в иных медицинских организациях, в объеме и на  
условиях территориальной базовой программы государственных гарантий ОМС.

Я не скрывал(а) от лечащего врача информацию о всех имеющихся у меня/представляемого лица  
сопутствующих заболеваниях и возможных противопоказаниях к медицинскому вмешательству.

Мне объяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления  
медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении  
первоначального плана лечения, включая дополнительные врачебные процедуры, которые  
невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Я понимаю, что при изменении моего  
состояния или появлении новой информации о моем состоянии может появиться необходимость

корректировки плана лечения для лучшего удовлетворения моих интересов, поэтому я даю согласие на:

- оказание медицинских услуг в том объеме, который определит лечащий врач;
- привлечение для оказания медицинской помощи любого медицинского работника, участие которого в лечении будет необходимо.

Я предупредил (а) лечащего врача о всех своих хронических заболеваниях.

Я утверждаю, что мне разъяснили значение всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к лечению, мною заданы все интересующие меня вопросы, получены все исчерпывающие ответы и разъяснения врача по всем этапам лечения, мне понятен возможный риск предстоящего вмешательства, осложнения при проведении операции и преимущества, которые могут быть результатом этого вида медицинского вмешательства. Я внимательно ознакомился (лась) 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.

Я информирован(на) о необходимости явок на контрольные осмотры и исследования.

Я понимаю, что невыполнение рекомендаций врача может привести к ухудшению моего здоровья, и снижению эффективности лечения по моей вине. Из-за этого медицинская организация не сможет предоставить мне гарантии выздоровления, и я не буду иметь в этом случае претензий к врачу.

Мне разъяснено, кроме того, что лечебные процедуры могут быть прерваны врачом или отменены из-за их неадекватной или плохой переносимости моим организмом, из-за недостаточной исходной подготовленности организма к этим процедурам или при отсутствии положительного результата воздействия. По тем же причинам врачом могут быть заменены лекарственные препараты.

Я знаю, что имею право отказаться от предложенного лечения на любом этапе его осуществления. В то же время, мне разъяснены все возможные последствия этого шага при имеющемся заболевании и его возможном прогрессировании при незавершённом лечении. В этом случае я не буду иметь никаких претензий к медицинской организации.

Я понимаю, что в процессе оказания мне услуг возможны нештатные ситуации разного рода, предвидеть которые в момент оформления данного документа невозможно, и признаю право лечебного учреждения выходить из этих ситуаций по своему усмотрению, даже если это связано с неудобствами для меня, но не повредит при этом моему здоровью.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти.

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

---

(подпись)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

---

(подпись)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.  
(дата оформления)

**Информированное добровольное согласие на операцию по удалению зуба  
в стоматологической практике ООО «ДИВО»**

Приложение к договору № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 202\_ г.

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
(дата рождения гражданина, либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)  
Проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В отношении \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

\_\_\_\_\_ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)  
в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны  
здоровья граждан в Российской Федерации» и Федеральным законом «О защите прав потребителей»  
от 07.02.1992г. №2300-1 даю информированное добровольное согласие на медицинское стоматологическое  
вмешательство при оказании мне медицинского стоматологического лечения в стоматологической практике  
ООО «ДИВО»

\_\_\_\_\_ (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

настоящим подтверждаю, что, в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме  
проинформирован(а) о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях  
имеющегося у меня (представляемого)  
заболевания \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ зуба

(диагноз)

и, в связи с этим(и) заболеванием(и), о необходимости **проведения операции по удалению  
зуба(ов)**

**Я также предупрежден(а) о том, что в случае отказа от удаления зуба(ов) возможно  
возникновение следующих осложнений заболевания:** прогрессирование заболевания, развитие  
инфекционных осложнений (остеомиелит челюсти; гнойное воспаление лица и шеи; острый  
сепсис и др.), появление или нарастание боли, обострение системных заболеваний организма,  
летальный исход. Также отказ от удаления может привести к усложнению и даже невозможности  
будущего ортопедического и ортодонтического лечения зубов.

**Мне разъяснено и понятно, что операция по удалению зуба** заключается в удалении зуба или  
его части из челюстной кости при помощи специальных, адаптированных для разных зубов и  
разных ситуаций в полости рта инструментов. При некоторых заболеваниях (аномальное  
расположение зуба, использовавшийся ранее резорцин-формалиновый метод и другие...) врачу  
необходимо препарировать кость в области удаляемого зуба или его части для обеспечения  
доступа. В таких случаях, а так же в случаях последующей имплантации для скорейшего  
восстановления целостности костной ткани врачом-стоматологом могут использоваться  
специальные костеобразующие материалы (Bio-OSS, Швейцария, Per Gen, США, и др.) и  
мембраны (НРТ Bio-Gite, НРТ Gore-Tex и др.), технология PRF (фибриновый сгусток, полученный

в результате центрифугирования свежезабранной крови), а также возможна пересадка собственной кости пациента как в «смеси» с костеобразующими материалами, так и без них.

**Альтернативными методами лечения являются:** отсутствие лечения вообще.

**Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях после проведенного медицинского вмешательства:** удаление зуба не полностью, травма других зубов, появление или нарастание боли, кровотечение, осложнения воспалительного характера (альвеолит, остеомиелит и др), перфорация дна верхнечелюстной пазухи, проталкивание удаляемого зуба в мягкие ткани и полости, перелом челюстных костей, вывих нижней челюсти, травма нервов в области удаляемого зуба и, как следствие, онемение участка кожи лица и губ, которое может сохраняться 3-6 месяцев и более, аллергические реакции и иные неожиданные последствия и осложнения связанные с выполнением анестезии и непосредственно с операцией удаления зуба. **Также мне разъяснено, что даже при качественном лечении возможны болезненные ощущения первые 2-3 дня, аллергические реакции на лекарственные средства используемые до и после операции удаления зуба.**

**Мне разъяснено, что симптомами подобных осложнений после удаления зуба являются болевые ощущения в области удаленного зуба и различные системные реакции организма при их появлении после завершения лечения или любого из его этапов мне (представляемому) необходимо обратиться в стоматологическую практику ООО «ДИВО» для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений.**

**Также я предупрежден(а) о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача в послеоперационный период.**

**Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении мне (представляемому) данного медицинского вмешательства врачом стоматологической практике ООО «ДИВО».**

Беседу провел врач \_\_\_\_\_ (ФИО врач хирург-стоматолог)

**Пациент (представитель пациента) согласился с проведением медицинского вмешательства**  
\_\_\_\_\_ (подпись)

Пациент (представитель пациента) отказался от проведения медицинского вмешательства  
\_\_\_\_\_ (подпись)

**Информированное добровольное согласие на медицинское  
стоматологическое пародонтологическое вмешательство  
в стоматологической практике ООО «ДИВО»**

Приложение к договору № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 202\_ г.

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
(дата рождения гражданина, либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

Проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В отношении \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

\_\_\_\_\_ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Федеральным законом «О защите прав потребителей» от 07.02.1992г. №2300-1 даю информированное добровольное согласие на медицинское стоматологическое вмешательство при оказании мне медицинского стоматологического лечения в стоматологической практике ООО «ДИВО»

\_\_\_\_\_ (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснена необходимость проведения медицинского стоматологического пародонтологического лечения. Я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом медицинского стоматологического пародонтологического лечения.

Меня ознакомили с возможными альтернативными вариантами медицинского стоматологического пародонтологического лечения, которыми являются удаление пораженного зуба (зубов) или отсутствие лечения как такового. Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, нарастание болевых ощущений, системные проявления заболевания, потеря зуба (зубов).

Врач в доступной форме объяснил мне все аспекты терапевтического лечения зубов, необходимость строго следования этапам лечения, соблюдения сроков, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу для того, чтобы исключить некачественное оказание медицинской стоматологической терапевтической помощи. Я осознаю, что лечение направлено на сохранение моего здоровья.

Врач в доступной форме объяснил мне, и я осознаю и понимаю, что стоматологическое пародонтологическое лечение имеют высокий процент клинического успеха, но это является биологической процедурой и поэтому не может иметь 100% гарантии на успех.

Я даю согласие на применение анестезии и осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии при приеме анальгетиков и антибактериальных препаратов.

Я в полном объеме проинформировал(а) врача о состоянии своего здоровья, особенностях моего организма, о наличии у меня заболеваний, о всех случаях аллергии в прошлом и в настоящее время, о принимаемых мною лекарственных препаратах, противопоказаниях, о наблюдении и лечении у врачей других специальностей.

Понимая сущность предложенного медицинского стоматологического пародонтологического лечения и уникальность собственного организма, я согласен (а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы.

Я внимательно ознакомился с настоящим информированным добровольным согласием на проведение медицинского стоматологического терапевтического вмешательства и понимаю, что оно является документом, порождающим юридические последствия.

Я подтверждаю, что мне разъяснены в доступной для меня форме цели, методы оказания медицинской стоматологической помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти.

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

---

(подпись)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

---

(подпись)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.  
(дата оформления)

**Информированное добровольное согласие на  
предложенный план стоматологического лечения  
в стоматологической практике ООО «ДИВО»**  
Приложение к договору № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 202\_ г.

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
(дата рождения гражданина, либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

Проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В отношении \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

\_\_\_\_\_ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Федеральным законом «О защите прав потребителей» от 07.02.1992г. №2300-1 даю информированное добровольное согласие на медицинское стоматологическое вмешательство при оказании мне медицинского стоматологического лечения в стоматологической практике ООО «ДИВО»

\_\_\_\_\_ (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

получил (а) в доступной для меня форме информацию о наличии у меня стоматологических заболеваний, включая сведения о результатах обследования, предварительном диагнозе, вероятном прогнозе развития осложнений при отсутствии лечения, возможных методах лечения и профилактики, имеющихся у меня стоматологических заболеваний, связанных с ними риске, их последствиях и результатах проведенного лечения:

1. Мною согласован и одобрен предложенный мне индивидуальный план лечения, зафиксированный в моей медицинской карте стоматологического больного, даны полные разъяснения о характере, целях и примерной продолжительности лечения, возможных неблагоприятных последствиях, в том числе осложнениях.
2. Я соглашаюсь с тем, что лечение мне будет выполнять врач \_\_\_\_\_,

а в случае форс-мажорных обстоятельств мне будет представлен другой врач, после предварительного уведомления моего согласия.

3. Мне сообщена предварительная стоимость лечения, которая может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня об изменении стоимости и обоснует это.

4. Мне сообщена и разъяснена информация о возможных альтернативных вариантах лечения имеющихся у меня стоматологических заболеваний и их стоимости.

5. Я предупрежден (а) о возможности коррекции намеченного плана лечения в зависимости от ситуации, складывающейся в процессе его реализации, о чем меня своевременно предупредит лечащий врач.

6. Я понимаю необходимость рентгенологической диагностики и контроля качества лечения в будущем и обязуюсь являться на контрольные осмотры по графику, обговоренному с доктором и записанному в моей медицинской карте стоматологического больного.

7. Я информирован (а):

- о возможных побочных действиях используемых при моем лечении, лекарственных препаратов (анестетики, антибиотики, кортикостероидные препараты и др.); используемых стоматологических материалов и технологий;
- о необходимости соблюдать режим, все рекомендации и назначения лечащего врача, в ходе лечения и по его окончании;
- о необходимости немедленно сообщать врачу о любом изменении самочувствия; согласовывать с врачом прием любых не прописанных им лекарственных препаратов.

8. Я предупрежден (а) о том, что несоблюдение назначений и рекомендаций врача, режима приема назначенных лекарственных препаратов, неявка в назначенное лечащим врачом время на очередной этап лечения и последующие профилактические осмотры, бесконтрольное самолечение – могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

9. Я извещен (а) о негативных последствиях, которые могут возникнуть в случае моего полного или частичного отказа от лечения или при моем самостоятельном прерывании реализации согласованного со мной индивидуального плана стоматологического лечения.

10. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен (согласна) с тем, что никто не может предсказать стабильность достигнутых результатов в долгосрочной перспективе (в случае существенного изменения состояния моего здоровья и прочих обстоятельств). Я понимаю, что мне гарантировано, что все необходимые и согласованные со мной манипуляции будут выполнены в соответствии с существующими стандартами и требованиями. Я полагаю, что в моих интересах приступить к предложенному методу стоматологического лечения.

11. Я имел (а) возможность задать и мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы относительно состояния моего здоровья, заболевания и лечения. Понимаю, что для достижения необходимого результата требуется длительное высококвалифицированное лечение. Я получил (а) удовлетворяющие меня ответы и разъяснения.

12. До моего сведения доведено, что планируемое лечение не связано с устранением непосредственной угрозы жизни. С другой стороны, мне понятно, что длительное откладывание или отказ от лечения может привести к дальнейшему прогрессированию заболевания, повлиять на височно-нижнечелюстные суставы и ткани, окружающие зубы, что в итоге неблагоприятно повлияет на мое здоровье и ухудшит качество жизни. Поэтому, осознавая все вышеизложенное, я доверяю медперсоналу стоматологии ООО «ДИВО» и обращаюсь с просьбой начать стоматологическое лечение.

13. Я согласен на проведение фото- и видеосъемки полости рта во время лечения и использование их без указания моего имени и фамилии.

Согласен (согласна) на проведение обследования и лечения в предложенном объеме.

Я внимательно ознакомился (ась) с данным документом, имеющим юридическую силу и дающим моему лечащему врачу право начать мое лечение.

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

---

(подпись)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

---

(подпись)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.  
(дата оформления)



**Информированное добровольное согласие на проведение медицинского  
вмешательства по протезированию зубов и зубных рядов  
в стоматологической практике ООО «ДИВО»**  
Приложение к договору № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 202\_ г.

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
(дата рождения гражданина, либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

Проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В отношении \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

\_\_\_\_\_ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны  
здоровья граждан в Российской Федерации» и Федеральным законом «О защите прав потребителей»  
от 07.02.1992г. №2300-1 даю информированное добровольное согласие на медицинское  
стоматологическое вмешательство при оказании мне медицинского стоматологического лечения в  
стоматологической практике ООО «ДИВО»

\_\_\_\_\_ (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

для проведения ортопедического лечения дефектов зубов или (и) зубных рядов в соответствии с  
планом лечения. Этот документ подтверждает, что я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым  
планом, сроками и стоимостью оказания ортопедических услуг, рисками, исходами, условиями  
гарантии и сроками службы на оказываемые услуги, а также с альтернативными вариантами  
лечения и мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение ортопедического  
лечения, поставив свою подпись в конце документа.

Доктор после обследования и диагностики обосновал необходимость проведения ортопедического  
лечения. Я понимаю, что результатом протезирования является установка искусственных зубов  
вместо разрушенных или утраченных для обеспечения пережевывания пищи и эстетики, и что  
протезы не могут быть идентичны собственным зубам и тканям. Я ознакомлен(а) с необходимостью  
профессиональной гигиены и санации полости рта перед началом протезирования и с наиболее  
рациональным планом протезирования. Меня также познакомили с возможными альтернативными  
вариантами протезирования, которые в моем случае могут иметь меньший клинический успех  
(длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза;  
профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение жевательного органа, рецидивы  
деструктивных процессов в зубах и тканях челюсти). Последствиями отказа от протезирования в  
моем случае могут быть: прогрессирование кариозного процесса, удаление зуба, развитие  
осложнений, перелом зуба при отказе от врачебной рекомендации покрытия зуба ортопедической  
конструкцией, в т.ч. после проведенного эндодонтического лечения, вторичные деформации  
зубных рядов, снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи,  
прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата оставшихся зубов, повышенная  
стираемость зубов, заболевания жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также  
заболевания желудочно-кишечного тракта, невралгии, нейромышечная патология.

Лечащий врач объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, важность соблюдения рекомендаций по срокам лечения, а также необходимость полного восстановления целостности зубных рядов. Хотя предложенное протезирование поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, протезирование является вмешательством в биологический организм и как любая медицинская манипуляция не может иметь стопроцентной гарантии на успех даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов. Я уведомлен, что через какое-то время, которое зависит от индивидуальной скорости протекания инволютивных процессов, возникает необходимость коррекции либо переделки ортопедической конструкции. Я уведомлен, что многократные примерки и коррекции протезов в процессе и после их изготовления (необходимые для индивидуализации и получения наилучшего результата протезирования), раскручивание фиксирующей ортопедическую конструкцию на имплантатах винта, нарушение фиксации постоянных и временных конструкций, шлифовка готовых протезов по прикусу, расцементировка коронок являются конструктивной особенностью ортопедических конструкций и не относятся к существенным недостаткам оказанных услуг. Я уведомлен(а) о необходимости платной перебазировки съемных протезов и замены фиксирующих элементов в процессе их эксплуатации не реже 1 раза в 6 месяцев. Выбирая искусственную ортопедическую конструкцию, я соглашаюсь на присущие ей вероятные эстетические и функциональные конструктивные особенности использования (ретенция пищи, наличие шахт для доступа к винтам, наличие видимых элементов фиксации съемных протезов и металлических частей коронок), и возможные неудобства при пользовании протезом (отсутствие разделения между спаянными коронками в составе мостовидных конструкций и чувствительности к сжатию зубов, изменение всех видов чувствительности, перекрывание частями протеза слизистой оболочки полости рта, необходимость применения гелей для лучшей фиксации съемных протезов, неудобство жевания и изменение дикции). Я уведомлен(а), что появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов не является гарантийным случаем, поскольку подобное осложнение предсказать до начала лечения невозможно, и оно не является следствием неправильных действий врача. В этом случае переделка ортопедических конструкций с целью устранения явлений гальванизма и аллергии осуществляется платно согласно прайсу Исполнителя. Я уведомлен(а), что для покрытия зубов ортопедическими конструкциями проводится процедура сошлифовывания твердых тканей зуба, которая является необратимой. Я осознаю, что для восстановления зубов (зубных рядов) искусственными ортопедическими конструкциями может потребоваться депульпирование опорного зуба и лечение корневых каналов в нем за дополнительную плату, Я уведомлен, что возможен раскол корня при извлечении или фиксации вкладки или штифта. Присутствие такой рекомендации врача в предварительном плане лечения важно для получения наилучшего результата лечения. Также меня уведомили, что наиболее предпочтительным для здоровья и долгосрочного прогноза является покрытие зубов искусственными ортопедическими конструкциями без предварительного депульпирования. В случае сохранения жизнеспособности пульпы опорного зуба существует риск воспаления пульпы зуба или развития воспалительного процесса в тканях вокруг корня опорного зуба как в процессе, так и после покрытия зуба ортопедической конструкцией. Я информирован, что в этом случае за дополнительную плату согласно прайсу, будет проведено лечение корневых каналов опорного зуба наиболее рациональным и безопасным способом – прямо через установленную ортопедическую конструкцию либо после ее снятия, что может потребовать необходимость повторного изготовления ортопедической конструкции и повторной ее оплаты. За осложнения, возникшие по причине некачественного лечения зубов в другой клинике, исполнитель ответственности не несет. При расцементировке ортопедических конструкций существует риск их проглатывания или попадания в дыхательные пути. Я осведомлена(а), что при наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов и других нейромиофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувство тошноты, нарушение функции речи, жевания, глотания, сколов и поломок протеза. Наличие сопутствующих заболеваний и индивидуальных особенностей организма, не позволяющих пациенту полностью адаптироваться к качественно изготовленным ортопедическим конструкциям (например, повышенный рвотный рефлекс), гарантийным случаем не являются и устраняются при наличии такой возможности за отдельную плату. Я уведомлен о необходимости использования ирригатора и проведения профессиональной гигиены полости рта не реже 1 раза в 6 месяцев и об сокращении сроков гарантий при несоблюдении этих рекомендаций и правил пользования ортопедическими конструкциями. Понимая сущность предложенного протезирования и уникальность собственного организма, я

уведомлен, что итоговый результат протезирования может отличаться от ожидаемого мною и что искусственные протезы зубов эстетически могут отличаться по форме, цвету и прозрачности от своих зубов и других искусственных конструкций, особенно при различном освещении. Я осознаю риск, связанный с применением анестезии и медицинских препаратов, которые могут вызвать нарушение сознания и дыхания, дисфункцию мышц, судороги, сердцебиение, коллапс, повышение АД, отек и воспаление в месте инъекции, аллергию, кровотечение, гематомы, некроз тканей, потерю чувствительности языка, губ, неба, кожи лица и шеи. Высокий процент успешности проведения ортопедического лечения (более 90%) не исключает определенный процент (около 10%) неудач ортопедического лечения, что может потребовать проведения коррекции или полной переделки ортопедической конструкции за счет пациента. Я понимаю, что в моих интересах начать предложенное мне протезирование. Я имел возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них подробные ответы. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех медицинских терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к моему лечению.

Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо. Я понимаю, что невозможно точно устанавливать сроки выполнения работ ввиду непредсказуемой реакции организма человека на проведение медицинского вмешательства и понимаю возможную необходимость изменения или коррекции первоначального плана протезирования в процессе оказания медицинских услуг.

**Я подтверждаю, что лично прочитал документ и даю добровольное согласие на вышеоговоренное медицинское вмешательство.**

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

---

(подпись)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

---

(подпись)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.  
(дата оформления)

## Информированное добровольное согласие на проведение ортопедического вмешательства в стоматологической практике ООО «ДИВО»

Приложение к договору № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
(дата рождения гражданина, либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

Проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В отношении \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

\_\_\_\_\_ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны  
здоровья граждан в Российской Федерации» и Федеральным законом «О защите прав потребителей»  
от 07.02.1992г. №2300-1 даю информированное добровольное согласие на медицинское  
стоматологическое вмешательство при оказании мне медицинского стоматологического лечения в  
стоматологической практике ООО «ДИВО» \_\_\_\_\_

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

обосновал необходимость проведения медицинского стоматологического ортопедического лечения.  
Я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий  
перед началом медицинского стоматологического ортопедического лечения.

Меня ознакомили с возможными альтернативными вариантами медицинского  
стоматологического ортопедического лечения, которые, в моем случае, будут иметь меньший  
клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные  
качества протеза; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение жевательного  
органа). Последствия отказа от медицинского стоматологического ортопедического лечения могут  
быть: перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного  
эндодонтического лечения; прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее  
снижение эффективности жевательной функции; ухудшение эстетики; нарушение речевой функции;  
прогрессирование заболеваний пародонта; быстрая утрата зубов остаточного прикуса; заболевание  
жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава; возможное возникновение или  
обострение общесоматических заболеваний желудочно-кишечного тракта, невропатологии.

Врач в доступной форме объяснил мне необходимость строго следования этапам  
протезирования, соблюдения сроков, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к  
следующему этапу для того, чтобы исключить некачественное оказание медицинской  
стоматологической ортопедической помощи.

Предложенный вариант оказания мне медицинской стоматологической ортопедической  
помощи поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, я осознаю и  
понимаю, что протезирование является медицинским 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, стандартов и

алгоритмов оказания медицинской стоматологической помощи. Полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного органа (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 может проявляться в рецессии десны, атрофии костной ткани челюсти, стираемости твердой ткани зубов. По этой причине, через какое-то время, которое зависит от скорости протекания инволютивных процессов, и, которое у каждого человека строго индивидуально, возникает необходимость коррекции, либо полной переделки протеза.

Я осознаю и понимаю необходимость регулярных контрольных осмотров у врача-стоматолога, и, поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, установленному лечащим врачом и указанному в моей медицинской карте стоматологического больного).

Я даю согласие на применение анестезии и осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии при приеме анальгетиков и антибактериальных препаратов.

Я в полном объеме проинформировал(а) врача о состоянии своего здоровья, особенностях моего организма, о наличии у меня заболеваний, о всех случаях аллергии в прошлом и в настоящее время, о принимаемых мною лекарственных препаратах, противопоказаниях, о наблюдении и лечении у врачей других специальностей.

Понимая сущность предложенного медицинского стоматологического ортопедического лечения и уникальность собственного организма, я согласен (а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения.

Мне в доступной форме объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы.

Я подтверждаю, что мне разъяснены в доступной для меня форме цели, методы оказания медицинской стоматологической помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти.

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

---

(подпись)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

---

(подпись)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.  
(дата оформления)

**Информированное добровольное согласие на реставрацию ранее  
депульпированного зуба в стоматологической практике ООО «ДИВО»**  
Приложение к договору № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 202\_ г.

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
(дата рождения гражданина, либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

Проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В отношении \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

\_\_\_\_\_ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Федеральным законом «О защите прав потребителей» от 07.02.1992г. №2300-1 даю информированное добровольное согласие на медицинское стоматологическое вмешательство при оказании мне медицинского стоматологического лечения в стоматологической практике ООО «ДИВО»

\_\_\_\_\_ (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

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 для меня форме проинформирован(а) о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях имеющегося у меня заболевания, и о том, что мои ранее леченые (депульпированные) зубы нуждаются в реставрации по причине (нужное отметить):

K02.0 Кариес эмали—на зубе произошло помутнение эмали, видимых разрушений нет, инструментальное обследование зондом не дало никаких признаков изменения структуры или на поверхности зуба появилась темная пигментация, при осмотре зуба зондом выявлено размягчение эмали

K02.1 Кариес дентина—поражены ткани эмали и дентина

K02.2 Кариес цемента—почти полное разрушение зуба

Иные болезни твердых тканей зубов \_\_\_\_\_

Я информирован(а) и предупрежден(а) врачом и согласен(на) с тем, что в случае отсутствия адекватного лечения возможно возникновение следующих осложнений заболевания: полное разрушение наружной (коронковой) части зуба; перелом зуба; прогрессирование зубоальвеолярных деформаций; дальнейшее снижение эффективности жевания; ухудшение эстетики; нарушение функции речи; прогрессирование заболеваний пародонта; быстрая утрата зубов остаточного прикуса; заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава; общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта; нейропатологии.

Я информирован(а) и предупрежден(а) врачом и согласен(на) с тем, что с учетом диагноза заболевания такое медицинское вмешательство, как реставрация ранее депульпированного зуба будет включать в себя следующие этапы: анестезия; наложение коффердама (изоляция зуба от полости рта латексной завесой); очищение от некротизированного дентина и эмали с помощью сверления; формирование стенок и дна для оптимального наложения пломбы; при необходимости извлечение установленных ранее штифтов; частичное распломбирование канала зуба и подготовка его к постановке металлического или стекловолоконного штифта; постановка такового штифта (металлического на специальный цемент, стекловолоконного на специальный светоотверждаемый фиксирующий

раствор); обработка антисептиками; наложение пломбы; шлифовка пломбы к остальным зубам по прикусу, чтобы она не мешала при жевании; воссоздание вида здорового зуба, соблюдая все анатомические тонкости.

Я информирован(а) и предупрежден(а) врачом и согласен(на) с тем, что в процессе реставрации ранее леченого (депульпированного) зуба могут быть обнаружены дефекты произведенного ранее пломбирования каналов зуба или дефекты обработки полости зуба. В этом случае может возникнуть необходимость перелечивания каналов зуба, гемисекции (разделения корней с частичным их удалением) зуба, хирургического увеличения экстраальвеолярной (наддесневой) части зуба, удаления зуба. На данные виды медицинского вмешательства мне будут предложены к изучению и подписанию отдельные информированные добровольные согласия.

Я информирован(а) и предупрежден(а) врачом и согласен(на) с тем, что альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов), восстановительное ортопедическое лечение (вкладки, накладки, виниры, люминиры) или отсутствие лечения вообще.

Я информирован(а) и предупрежден(а) врачом и согласен(на) с тем, что в случае, если ранее зуб был лечен (депульпирован) в другой клинике, то ни врач, проводящий реставрацию зуба, ни Исполнитель не могут нести никакой ответственности за это произведенное ранее лечение, так как ни визуально, ни рентгенологически, ни иным способом невозможно обнаружить все возможные дефекты такого лечения.

Я информирован(а) и предупрежден(а) врачом и согласен(на) с тем, что:

- в связи с недостаточностью собственных тканей зуба, их истончением, возможными дефектами произведенного ранее лечения, необходимостью извлечения ранее установленных штифтов и прочее, данное лечение является лишь попыткой спасения зуба, и положительный результат реставрации ранее леченого (депульпированного) зуба не 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 противоэпидемического режимов; даже при успешном завершении лечения существует категорическая необходимость покрытия этого зуба ортопедической коронкой;
- возможны следующие неблагоприятные последствия и осложнения после проведенного медицинского вмешательства: некачественное прохождение (распломбирование) и расширение корневого канала; перелом эндодонтического инструмента в корневом канале; перфорация стенки корневого канала или стенки зуба; неполное пломбирование корневого канала; рецидив воспалительного процесса в периапикальных тканях зуба; перелом корня зуба; отлом или дальнейшее разрушение наружной (коронковой) части зуба; аллергические реакции и иные неожиданные последствия и осложнения;
- ввиду специфики медицинской деятельности, невозможно предоставить мне гарантии, что этот зуб не будет повреждаться вторичным кариесом в будущем даже при успешном завершении лечения.

Я предупрежден(а) и согласен(на) с тем, что объем манипуляций в ходе процедуры может варьироваться, а окончательный выбор объема корректируется во время проведения процедуры врачом. В случае необходимости корректировки процедуры или проведения другой процедуры я доверяю врачу принять соответствующее решение и выполнить любые медицинские действия, которые он сочтет необходимыми. В случае возникновения осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит врач. В случае возникновения неотложных ситуаций, даю согласие на госпитализацию.

Мне разъяснено, что симптомами осложнений после лечения являются болевые ощущения в области вмешательства, и что при появлении болевых ощущений после завершения лечения или любого из его этапов мне необходимо обратиться в клинику ООО «Дюна» для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений. При отсутствии осложнений посещение врача осуществляется планомерно.

Я добросовестно поставил(а) в известность и ответил(а) на все вопросы врача обо всех проблемах своего здоровья, в том числе о(б): аллергии; индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов; перенесенных и известных травмах, операциях, заболеваниях; принимаемых лекарственных средствах; об экологических, производственных факторах физической, химической, биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности. Я подтверждаю, что в анкете назвал(а) все известные мне имеющиеся у меня болезни, недуги и состояния.

Я сообщил(а) правдивые сведения о себе, а именно: о наследственности; об употреблении алкоголя, наркотических, токсических средств. Я понимаю, что выполнение процедуры при существующих противопоказаниях к ней могут спровоцировать нежелательные побочные эффекты.

Я утверждаю, что противопоказаний, о которых меня информировал врач, у меня нет. При наличии у меня противопоказаний и не уведомлении о них врача в случае возникновения побочных эффектов процедуры я отвечаю за все последствия без претензий к врачу и Исполнителю.

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

- осуществляемой Исполнителем медицинской деятельности;

- режиме работы Исполнителя;
- видах, качестве, условиях предоставления медицинской помощи;
- уровне образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- перечне платных медицинских услуг Исполнителя, их стоимости, условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты;
- особенностях процедуры, методе её оказания, этапах её выполнения;
- альтернативных методах лечения;
- возможной необходимости выполнения других медицинских вмешательств, процедур, исследований, мероприятий;
- показаниях, противопоказаниях, возможных побочных реакциях, осложнениях, возможном риске, последствиях, результатах;
- необходимости соблюдения режима при проведении процедуры, регулярном применении назначенных препаратов; необходимости немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, незамедлительной явке на осмотр в случае возникновения осложнения, обязанности информирования врача о состоянии здоровья;
- согласовании с врачом приема новых препаратов перед их применением;
- 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;
- 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;
- особенностях процедуры, методе её оказания, этапах её выполнения;
- рекомендации после проведения процедуры предоставлены в полном объёме;
- понимаю, что несоблюдение указанных рекомендаций, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой процедуры, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на здоровье;
- понимаю, что при отказе от лечения неизбежно прогрессирование заболевания с развитием соответствующих осложнений;
- 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;
- согласен(на) с тем, что назначение врачом вышеуказанной процедуры носит лишь рекомендательный характер;
- согласен(на) на фото видео документирование процедуры и понимаю, что эти фото и видео документы станут собственностью Исполнителя, и могут быть использованы для научных, учебных целях, но не будет нарушать конституционных прав на неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность;
- в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 года №390 даю согласие на проведение при необходимости следующих манипуляций и вмешательств: опрос (в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза), осмотр, исследования, термометрию, измерение артериального давления, введение лекарственных препаратов, назначение лечебно-оздоровительного режима;
- согласен(на) с тем, что в случае своего обращения в стороннее медицинское учреждение (исключая экстренные и неотложные состояния по жизненным показаниям) в период проведения процедуры (курса процедур), без согласования с врачом, для продолжения лечения или устранения допустимых реакций и осложнений организма на процедуру, исключается виновное пренебрежение моими и представляемого законными интересами со стороны врача и Исполнителя, и, как следствие, врач и Исполнитель не принимают на себя ответственности за проведение стороннего альтернативного вмешательства, результат вмешательства и невозможность завершения начатой процедуры.

Я разрешаю в случае необходимости, в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона №323-ФЗ, предоставить информацию о своем (представляемого) диагнозе, степени тяжести,

характере заболевания гражданам:

---

(указать Ф,И,О., год рождения, контактная информация, по желанию – степень родства)

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 врачом стоматологической практике ООО «ДИВО».**

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

---

(подпись)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

---

(подпись)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.  
(дата оформления)

**Информированное добровольное согласие  
на медицинское стоматологическое терапевтическое вмешательство  
в стоматологической практике ООО «ДИВО»**  
Приложение к договору № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 202\_ г.

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
(дата рождения гражданина, либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

Проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В отношении \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

\_\_\_\_\_ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Федеральным законом «О защите прав потребителей» от 07.02.1992г. №2300-1 даю информированное добровольное согласие на медицинское стоматологическое вмешательство при оказании мне медицинского стоматологического лечения в стоматологической практике ООО «ДИВО»  
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснена необходимость проведения медицинского стоматологического хирургического лечения. Мне в доступной форме предоставлена полная информация о целях, методах оказания медицинской стоматологической хирургической помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы.

Я осведомлен(а) о том, что медицинское стоматологическое хирургическое вмешательство должно проводиться под местной анестезией. Мне разъяснено и понятно, что применение местной анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, обмороку, коллапсу, шоку, травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимся парестезиями, парезами, невритами, невралгиями и постинъекционными гематомами.

Я информирован (а) о способе, цели и характере предполагаемого хирургического вмешательства, а также об основных преимуществах, сложностях и риске хирургического лечения, включая вероятность осложнений. Основные осложнения оперативного лечения, обусловленные, в первую очередь, анатомо-физиологическими особенностями конкретного пациента; хирургическое лечение в области верхней челюсти при непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе, перфорация дна придаточной пазухи носа и связанное с этим возможное воспалительное осложнение в области верхнечелюстной пазухи; при хирургических вмешательствах в области нижней челюсти возможно онемение языка, губ, подбородка, зубов нижней челюсти при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу. Осложнения оперативного лечения также могут быть обусловлены наличием уже имеющегося хронического, либо острого патологического процесса челюстно-лицевой области (остеомиелит, кисты и др.), выражающиеся в прободении дна полости носа и придаточной пазухи, твердого неба, нижнечелюстного канала, переломов костей верхней и нижней челюстей, флебитов и других неожиданных последствиях.

Мне понятно, что послеоперационный репаративный (восстановительный) период строго индивидуален по длительности и характеру течения. Я осведомлен, что отсутствие регенерации в зоне костного послеоперационного дефекта непрогнозируемого и может привести к необходимости последующего этапа оперативного лечения, направленного на пластическое замещение костного дефекта.

Вследствие оперативного лечения возможно возникновение онемения в области оперативного вмешательства, формирование рубца.

Я информирован (а) о других способах лечения, их преимуществах и недостатках. Я так же информирован (а), что в ряде конкретных случаев вид хирургического вмешательства является единственным. Мне известно, что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширение или отказ от запланированного объема).

В дальнейшем, после завершения оперативного вмешательства и периода заживления раны, могут быть оговорены вид и время последующего хирургического (по показаниям) и ортопедического (зубопротезного) лечения.

Я проинформировал врача-стоматолога о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время. На все поставленные мною вопросы я получил исчерпывающие ответы специалиста. Мне известно, что до начала хирургического вмешательства я могу отказаться от его проведения. Мне понятен предлагаемый метод лечения, я также согласен с возможным расширением его объема и изменениями в процессе операции по показаниям.

Я подтверждаю, что назвал все известные имеющиеся у меня заболевания. Я подтверждаю, что добросовестно ответил на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья. О требуемом санитарно-гигиеническом и медикаментозном режиме перед операцией и после нее я осведомлен, в особенности о том, что в день операции возникает ограничение в управлении транспортным средством; после операции необходима щадящая диета, тщательная гигиена полости рта и посещение врача на контрольные осмотры в назначенное врачом время. Я имел возможность задать все интересующие меня вопросы.

Я подтверждаю, что мне разъяснены в доступной для меня форме цели, методы оказания медицинской стоматологической помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

---

(подпись)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

---

(подпись)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.  
(дата оформления)

**Информированное добровольное согласие на хирургические методы лечения  
болезней периапикальных тканей (тканей, окружающих корень зуба)**

**в стоматологической практике ООО «ДИВО»**

Приложение к договору № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 202\_ г.

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
(дата рождения гражданина, либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

Проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В отношении \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

\_\_\_\_\_ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны  
здоровья граждан в Российской Федерации» и Федеральным законом «О защите прав потребителей»  
от 07.02.1992г. №2300-1 даю информированное добровольное согласие на медицинское  
стоматологическое вмешательство при оказании мне медицинского стоматологического лечения в  
стоматологической практике ООО «ДИВО»

\_\_\_\_\_ (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

настоящим подтверждаю, что, в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме  
проинформирован(а) о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях  
имеющегося у меня (представляемого) заболевания \_\_\_\_\_

**Мне разъяснено, что периодонтит, пародонтит, пародонтоз – это различные виды заболеваний  
воспалительной или невоспалительной природы в периапикальных тканях, то есть тканях,  
окружающих зуб, а также даны разъяснения о конкретной разновидности  
диагностированного у меня (представляемого) заболевания:**

- К04.4** Острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения
- К04.5** Хронический апикальный периодонтит
- К04.6** Периапикальный абсцесс с полостью
- К04.7** Периапикальный абсцесс без полости
- К04.8** Корневая киста
- К04.9** Другие и неуточненные болезни пульпы и периапикальных тканей (ранее проведенная некачественная эндодонтическая терапия зуба могущая вызвать впоследствии воспалительный процесс в периапикальных тканях зуба)
- К05.3** Хронический пародонтит
- К05.4** Пародонтоз
- К05.5** Другие болезни пародонта
- К05.6** Болезнь пародонта неуточненная

**Мне разъяснено и понятно, что зачастую лечение этих заболеваний лишь терапевтическими  
методами, информированные добровольные согласия на которые были подписаны мною ранее,  
может оказаться неполным и не приведет к положительному результату. В этом случае после**

терапевтического лечения для увеличения вероятности положительного исхода лечения, с учетом тяжести моего (представляемого) заболевания, могут быть проведены следующие виды хирургического вмешательства:

- **Резекция верхушки корня зуба** – хирургическое отсечение части корня зуба с возможным ретроградным пломбированием канала зуба.
- **Ампутация корня зуба** – полное удаление одного или нескольких корней во многокорневых зубах, с сохранением коронковой (наддесневой) части зуба над удаляемыми корнями.
- **Гемисекция корня зуба** - полное удаление одного или нескольких корней во многокорневых зубах, без сохранения коронковой (наддесневой) части зуба над удаляемыми корнями.
- **Коронорадикулярная сепарация** – разделение корней и коронковых частей зуба на два самостоятельных сегмента.
- **Цистотомия** - метод хирургического лечения кисты, при котором удаляют переднюю стенку кисты и сообщают ее с преддверием или с собственно полостью рта.
- **Цистэктомия** - радикальная операция, при которой проводят полное удаление кисты, ее оболочки с возможной резекцией верхушки корня зуба. Этот раздел бланка заполняется только в том случае, если от имени и в интересах пациента действует его представитель Я,

(Ф.И.О. представителя пациента) выступаю от имени и в интересах представляемого мною Пациента \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. пациента)

Все эти оперативные вмешательства производятся через разрез слизистой оболочки со стороны преддверия полости рта с откидыванием слизисто-надкостничного лоскута и, почти всегда, с последующим возвращением его «на место». Для скорейшего восстановления целостности костной ткани стоматологом могут использоваться специальные костеобразующие материалы (Bio-OSS, Швейцария, Per Gen, США, и др.) и мембраны (НРТ Bio-Gite, НРТ Gore-Tex и др.), технология PRF (фибриновый сгусток, полученный в результате центрифугирования свежезабранной крови), а также возможна пересадка собственной кости пациента как в «смеси» с костеобразующими материалами, так и без них.

**Я также предупрежден(а) о том, что в случае отсутствия адекватного лечения возможно возникновение следующих осложнений заболевания:** прогрессирующее заболевание, развитие инфекционных осложнений (остеомиелит челюсти; гнойное воспаление лица и шеи; острый сепсис и др.), появление или нарастание боли, обострение системных заболеваний организма, летальный исход. **Альтернативными методами лечения являются:** удаление пораженного зуба (зубов) или отсутствие лечения вообще.

**Мне разъяснено, понятно, и я принимаю то, что ни доктор, проводящий хирургическое вмешательство, ни клиника не предоставляют никаких гарантий на данную медицинскую услугу, так как хирургические методы лечения болезней периапикальных тканей являются ополнительными, вспомогательными, всего лишь увеличивающими вероятность спасения зуба. Все ортопедические конструкции, опирающиеся на прооперированные зубы, не являются надежными и могут рассматриваться исключительно как временные.**

**Я понимаю и принимаю то, что при указанных оперативных вмешательствах положительный результат не 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 противоэпидемического режимов.**

**Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях после проведенного медицинского вмешательства:**

- рецидив воспалительного процесса в периапикальных тканях зуба, травма других зубов;
- появление или нарастание боли, кровотечение, осложнения воспалительного характера (альвеолит, остеомиелит и др), перфорация дна верхнечелюстной пазухи или дна носовой полости, проталкивание удаляемого зуба в мягкие ткани и полости, перелом челюстных костей, вывих нижней челюсти, травма нервов в области удаляемого зуба и, как следствие, онемение участка кожи лица и губ, которое может сохраняться 3-6 месяцев и более, ограничение открывания рта, аллергические реакции и иные неожиданные последствия и осложнения.

**Также мне разъяснено, что даже при качественном лечении в послеоперационном периоде возможны болезненные ощущения и отеки.**

**Мне разъяснено, что симптомами подобных осложнений после хирургического лечения болезней периапикальных тканей являются болевые ощущения в области прооперированного зуба и что при их появлении после завершения лечения или любого из его этапов мне (представляемому) необходимо обратиться в стоматологическую практику ООО «ДИВО» для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений.**

**Также я предупрежден(а) о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача после проведенного лечения.**

**Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении мне (представляемому) данного медицинского вмешательства врачом ООО «ДИВО».**

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

---

(подпись)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

---

(подпись)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.  
(дата оформления)

**Информированное добровольное согласие  
на медицинское стоматологическое хирургическое вмешательство  
в стоматологической практике ООО «ДИВО»**  
Приложение к договору № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 202\_ г.

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
(дата рождения гражданина, либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

Проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В отношении \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

\_\_\_\_\_ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Федеральным законом «О защите прав потребителей» от 07.02.1992г. №2300-1 даю информированное добровольное согласие на медицинское стоматологическое вмешательство при оказании мне медицинского стоматологического лечения в стоматологической практике ООО «ДИВО»  
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснена необходимость проведения медицинского стоматологического хирургического лечения. Мне в доступной форме предоставлена полная информация о целях, методах оказания медицинской стоматологической хирургической помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы.

Я осведомлен(а) о том, что медицинское стоматологическое хирургическое вмешательство должно проводиться под местной анестезией. Мне разъяснено и понятно, что применение местной анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, обмороку, коллапсу, шоку, травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимся парестезиями, парезами, невритами, невралгиями и постинъекционными гематомами.

Я информирован (а) о способе, цели и характере предполагаемого хирургического вмешательства, а также об основных преимуществах, сложностях и риске хирургического лечения, включая вероятность осложнений. Основные осложнения оперативного лечения, обусловленные, в первую очередь, анатомо-физиологическими особенностями конкретного пациента; хирургическое лечение в области верхней челюсти при непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе, перфорация дна придаточной пазухи носа и связанное с этим возможное воспалительное осложнение в области верхнечелюстной пазухи; при хирургических вмешательствах в области нижней челюсти возможно онемение языка, губ, подбородка, зубов нижней челюсти при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу. Осложнения оперативного лечения также могут быть обусловлены наличием уже имеющегося хронического, либо острого патологического процесса челюстно-лицевой области (остеомиелит, кисты и др.), выражающиеся в прободении дна полости носа и придаточной пазухи, твердого неба, нижнечелюстного канала, переломов костей верхней и нижней челюстей, флебитов и других неожиданных последствиях.

Мне понятно, что послеоперационный репаративный (восстановительный) период строго индивидуален по длительности и характеру течения. Я осведомлен, что отсутствие регенерации в зоне костного послеоперационного дефекта непрогнозируемого и может привести к необходимости последующего этапа оперативного лечения, направленного на пластическое замещение костного дефекта.

Вследствие оперативного лечения возможно возникновение онемения в области оперативного вмешательства, формирование рубца.

Я информирован (а) о других способах лечения, их преимуществах и недостатках. Я так же информирован (а), что в ряде конкретных случаев вид хирургического вмешательства является единственным. Мне известно, что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширение или отказ от запланированного объема).

В дальнейшем, после завершения оперативного вмешательства и периода заживления раны, могут быть оговорены вид и время последующего хирургического (по показаниям) и ортопедического (зубопротезного) лечения.

Я проинформировал врача-стоматолога о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время. На все поставленные мною вопросы я получил исчерпывающие ответы специалиста. Мне известно, что до начала хирургического вмешательства я могу отказаться от его проведения. Мне понятен предлагаемый метод лечения, я также согласен с возможным расширением его объема и изменениями в процессе операции по показаниям.

Я подтверждаю, что назвал все известные имеющиеся у меня заболевания. Я подтверждаю, что добросовестно ответил на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья. О требуемом санитарно-гигиеническом и медикаментозном режиме перед операцией и после нее я осведомлен, в особенности о том, что в день операции возникает ограничение в управлении транспортным средством; после операции необходима щадящая диета, тщательная гигиена полости рта и посещение врача на контрольные осмотры в назначенное врачом время. Я имел возможность задать все интересующие меня вопросы.

Я подтверждаю, что мне разъяснены в доступной для меня форме цели, методы оказания медицинской стоматологической помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти.

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

---

(подпись)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

---

(подпись)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.  
(дата оформления)

**Информированное добровольное согласие  
на медицинское стоматологическое хирургическое  
вмешательство по установке имплантата  
в стоматологической практике ООО «ДИВО»**  
Приложение к договору № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 202\_ г.

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
(дата рождения гражданина, либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

Проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В отношении \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

\_\_\_\_\_ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Федеральным законом «О защите прав потребителей» от 07.02.1992г. №2300-1 даю информированное добровольное согласие на медицинское стоматологическое вмешательство при оказании мне медицинского стоматологического лечения в стоматологической практике ООО «ДИВО»

\_\_\_\_\_ (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также

предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного ил нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я был(а) проинформирован(а) о целесообразности медицинского хирургического вмешательства по установке имплантата в кость и получил(а) полную информацию о существующих альтернативных методах лечения и предпочел установку имплантата для восстановления отсутствующих зубов.

Я предупрежден(а) о возможном риске, точности результата операции и осложнениях в ходе всей процедуры, что не существует способа предсказать заживляющие способности десны и существуют случаи отсутствия остеоинтеграции (сращения с костью, отторжения имплантата), при таких обстоятельствах не может быть дано никаких гарантий на результат лечения и исход операции

Я понимаю, что курение, употребление алкоголя, наркотических, токсических веществ, избыточное употребление сахара могут повлиять на заживление десны и снижают успех лечения.

Я понимаю необходимость рентгенологического контроля до, после операции и во время контрольных осмотров, а также обязательного восстановления зубных рядов протезами.

Я согласен (-на) на использование фотографий моих зубов без указания моего имени и фамилии.

Я обязуюсь после операции соблюдать предписанный врачом режим до полного моего восстановления после операции и прекращения воздействия лекарственных средств.

Мне известно, что в случае отторжения имплантата в течение гарантийного срока исполнитель принимает на себя обязательства по удалению имплантата, возврату денежных средств в размере стоимости имплантата. Стоимость операции по установке имплантата, включая стоимость затраченных расходных материалов не возвращается.

Я согласен(а), что во время операции клиническая ситуация может измениться и доверяю врачу действовать по его усмотрению, если такие действия направлены для моего блага.

Я даю согласие на применение анестезии. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии при приеме анальгетиков и антибактериальных препаратов.

Я в полном объеме проинформировал(а) врача о состоянии своего здоровья, особенностях моего организма, о наличии у меня заболеваний, о всех случаях аллергии в прошлом и в настоящее время, о принимаемых мною лекарственных препаратах, противопоказаниях, о наблюдении и лечении у врачей других специальностей.

Понимая сущность предложенного медицинского стоматологического и уникальность собственного организма, я согласен (а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти.

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

---

(подпись)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

---

(подпись)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.

(дата оформления)

**Информированное добровольное согласие  
на медицинское стоматологическое эндодонтическое вмешательство в  
стоматологической практике ООО «ДИВО»**  
Приложение к договору № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 202\_ г.

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
(дата рождения гражданина, либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

Проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В отношении \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

\_\_\_\_\_ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Федеральным законом «О защите прав потребителей» от 07.02.1992г. №2300-1 даю информированное добровольное согласие на медицинское стоматологическое вмешательство при оказании мне медицинского стоматологического лечения в стоматологической практике ООО «ДИВО» \_\_\_\_\_

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме разъяснена необходимость проведения медицинского стоматологического лечения. Мне в доступной форме предоставлена полная информация о целях, методах оказания медицинской стоматологической помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы.

Мне объяснена и понятна необходимость лечения корневых каналов. Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; возникновение либо нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба; возникновение или обострение соматических заболеваний.

Альтернативным методом лечения является удаление пораженного зуба (зубов).

Мне объяснено и понятно, что эндодонтическая терапия является биологическим вмешательством и не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

Врач предоставил мне в доступной форме информацию о всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время лечения, а именно:

- имеется определенный процент (5-10%) неудач эндодонтического лечения, что может потребовать перелечивания корневых каналов;
- во время лечения корневых каналов возможна поломка инструментов в корневом канале, либо перфорирование инструментом стенки корневого канала. Данные обстоятельства могут повлечь за собой потерю зуба;
- при перелечивании корневых каналов процент успешного эндодонтического лечения значительно снижается по причинам: невозможности удаления старой корневой пломбы либо металлического штифта из корневого канала; сильной кальцификации корневых каналов, повышающей вероятность возникновения осложнений (перфораций, поломки инструментов). При лечении искривленных

корневых каналов также возникает большая вероятность поломки инструмента, перфорации и перелома корня. Все эти клинические ситуации влияют на исходных результат эндодонтической терапии;

-при лечении корневого канала зуба, покрытого одиночной коронкой, либо являющегося опорой несъемного или съемного протеза, то при создании доступа к корневым каналам данного зуба и его изоляции коффердамом может произойти повреждение ортопедической конструкции, либо может возникнуть необходимость снятия всей ортопедической конструкции (при этом возможно ее необратимое повреждение или разрушение). Также, при попытке снять ортопедическую конструкцию может произойти перелом самого зуба, что может привести к его удалению;

-даже при успешном завершении эндодонтической терапии нельзя дать 100% гарантии отсутствия в будущем кариозного поражения и разрушения зуба в будущем и возникновения патологических периапикальных процессах;

Врач также объяснил мне необходимость обязательного восстановления зуба после проведения эндодонтического лечения, в противном случае незавершенное лечение может стать причиной потери зуба, либо возникнет необходимость в перелечивании корневых каналов. Я понимаю необходимость осмотров и рентгенологического контроля качества эндодонтического лечения в будущем.

Я даю согласие на применение анестезии и осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии при приеме анальгетиков и антибактериальных препаратов.

Я в полном объеме проинформировал(а) врача о состоянии своего здоровья, особенностях моего организма, о наличии у меня заболеваний, о всех случаях аллергии в прошлом и в настоящее время, о принимаемых мною лекарственных препаратах, противопоказаниях, о наблюдении и лечении у врачей других специальностей.

Понимая сущность предложенного медицинского стоматологического и уникальность собственного организма, я согласен (а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти.

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

---

(подпись)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

---

(подпись)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.  
(дата оформления)

## Отказ от медицинского вмешательства в стоматологической практике ООО «ДИВО» №2

Я, \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ г. рождения,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

в отношении \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ г. рождения,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения при подписании отказа законным представителем)

при оказании мне (представляемому лицу) медицинской помощи в стоматологической  
практике ООО «ДИВО»

\_\_\_\_\_ (полное наименование медицинской организации)

отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств:

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния) \_\_\_\_\_

Я утверждаю, что мне разъяснили значение всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к лечению, мною заданы все интересующие меня вопросы, получены все исчерпывающие ответы и разъяснения врача по всем этапам лечения, мне понятен возможный риск отказа от медицинского вмешательства, осложнения при проведении операции и преимущества, которые могут быть результатом моего решения. Мне разъяснены все возможные последствия этого шага при имеющемся заболевании и его возможном прогрессировании при незавершённом лечении. В этом случае я не буду иметь никаких претензий к медицинской организации.

Я внимательно ознакомился (лась) 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.

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

\_\_\_\_\_  
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

\_\_\_\_\_  
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 202 г  
(дата оформления)

**СОГЛАСИЕ**  
**пациента на обработку персональных данных**  
**в стоматологической практике ООО «ДИВО»**

Я \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. полностью)  
проживающий по адресу: \_\_\_\_\_,  
(место регистрации)  
паспорт \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_,  
(серия и номер) (дата, название выдавшего органа)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество; пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС); страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью; сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях. В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на обработку моих персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Оператор имеет право:

- при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями;

- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что указанные предоставление передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты и составляет двадцать пять лет. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я согласен (а) со следующими действиями с моими персональными данными:

1. Обработка моих персональных данных в защищенных в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов.
2. Обработка моих персональных данных, защищенных в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т.ч. и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

\_\_\_\_\_  
(подпись, Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_  
(дата)

Согласие получено \_\_\_\_\_  
(дата)

Уполномоченный представитель медицинской организации \_\_\_\_\_  
(подпись, Ф.И.О.)