

## **Информированное добровольное согласие на стоматологическое лечение**

Я, \_\_\_\_ Фамилия Имя Отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя \_\_\_\_ дата рождения  
гражданина или законного представителя \_\_\_\_, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_ 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) \_\_\_\_ дата рождения  
пациента (при подписании законным представителем) \_\_\_\_, проживающего по адресу: \_\_\_\_ (в случае  
проживания не по месту жительства законного представителя) \_\_\_\_ даю согласие на оказание  
медицинской помощи в \_\_\_\_ полное наименование медицинской организации \_\_\_\_

Я подтверждаю, что получил от лечащего врача \_\_\_\_ должность, Фамилия Имя Отчество \_\_\_\_  
детальные объяснения о необходимости стоматологического лечения, план которого мне  
представлен и изложен в медицинской карте. Мне составлена полная письменная смета  
на стоматологическое лечение, которая мне разъяснена и понятна.

Мне объяснен в понятной форме план моего стоматологического лечения, включая  
ожидаемые результаты, риски, пути альтернативного лечения, возможные при  
существующей ситуации и в данных обстоятельствах, также необходимые исследования,  
врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим. Альтернативные пути лечения  
обдуманы мною до принятия решения о выборе вида лечения.

Мне объяснены возможные сопутствующие явления планируемого лечения: длительность,  
боль, неудобство, припухлость лица, чувствительность к холоду и теплу, синяки на лице,  
под глазами, шее, долго не проходящее онемение губ, щек, подбородка.

Мне объяснено, и я понял(а), что существует вероятность того, что во время реализации  
плана лечения выяснится необходимость в частичном или полном изменении плана  
стоматологического лечения. Могут потребоваться дополнительные врачебные  
процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее.

Возможно потребуются направление для консультации и лечения в другие медицинские  
учреждения, мне это понятно, и я с этим согласен(на). В связи с этим точная  
продолжительность лечения, в том числе и этапов, зависящих от протезирования, может  
изменяться.

Я проинформирован(а), что в случае изменения плана лечения возникает необходимость  
изменения сметы на лечение. Я согласен(на) полностью оплатить все дополнительные  
расходы на лечение и диагностику.

Мне ясна вся важность передачи точной достоверной информации о состоянии моего  
здоровья, а также выполнении всех полученных от врача и персонала рекомендаций,  
касающихся соблюдения гигиены полости рта, проведения консервативного лечения, в  
котором я буду нуждаться, визитов в указанные сроки, приема лекарственных  
препаратов, назначенных врачом, и эксплуатации ортопедической конструкции.

Я понимаю, что гарантировать 100%-й положительный результат проведенного лечения  
(включая имплантацию, протезирование, лечение зубов и десен, исправление прикуса и  
т. д.) не представляется возможным.

Речь может идти о прогнозах и вероятностях, которые разнятся от пациента к пациенту.

Мне разъяснена необходимость применения анестезии с целью обезболивания  
медицинских манипуляций.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям  
организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и  
другим осложнениям. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует  
мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы,  
отечность десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут  
сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Я заявляю, что изложил(а) врачу все известные мне данные о состоянии своего здоровья, об имеющихся заболеваниях, в том числе хронических, о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологического обследования.

Я понимаю, что мое состояние может измениться во время или после стоматологического лечения. Даю свое согласие на изменения плана лечебных мероприятий и применение альтернативных методов лечения.

Я разрешаю любые изменения плана лечения, применения материалов и дополнительного ухода, если они будут сделаны для моего блага.

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. №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)

Пациент (его законный представитель)

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

Фамилия Имя Отчество

Медицинский специалист

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

Фамилия Имя Отчество

«\_\_» \_\_\_\_\_ Г.