

**Общество с ограниченной ответственностью «Стом-Дарт-Плюс»  
(ООО «Стом-Дарт-Плюс»)**

**Информированное добровольное согласие пациента на медицинское  
вмешательство  
НА ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество – полностью)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в соответствии с требованиями Закона от «21» ноября 2011 г. № 323-ФЗ « Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю согласие на проведение стоматологического вмешательства

\_\_\_\_\_ (указать вид вмешательства, номер зуба)  
осуществляемого врачом \_\_\_\_\_ клиники ООО «Стом-Дарт-Плюс».

**Я проинформирован (а)** в доступной для меня форме о состоянии моего здоровья, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания и настоящим подтверждаю, что получил (а) детальные объяснения в устной форме о необходимости стоматологического лечения, план которого изложен в медицинской карте. Мне составлена полная письменная смета на лечение, которая мне разъяснена и понятна.

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

**Я информирован(а) врачом** о том, что показано комплексное лечение, включающее санацию полости рта, лечение заболеваний тканей пародонта, ортодонтическое и ортопедическое лечение. Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, потеря зуба, а также системные проявления заболевания.

**Мне разъяснено и понятно**, что при лечении заболеваний тканей пародонта возможны:  
потеря зубов вследствие прогрессирования процесса;  
периодические обострения заболевания, требующие дополнительного профилактического лечения;  
возникновение неотложных состояний в процессе лечения (особенно хирургического), связанные с применением лекарственных средств, анестезии (обморок, коллапс, шок);  
ощущение дискомфорта, болезненности, возникновение реактивного отека, воспаления в послеоперационном периоде, ретракция десны (оголение шеек зубов), повышенной чувствительности зубов.

**Я понимаю**, что прием лекарственных средств без назначений лечащего врача, а также алкоголь, наркотические средства, курение могут неблагоприятно повлиять на процесс заживления, уменьшить вероятность успеха лечения.

**Я обязан (а)** ознакомить лечащего врача со своими сопутствующими заболеваниями, перечислить медикаменты, которые принимаю.

**Я даю согласие** на проведение метода местной анестезии, выбранного совместно с лечащим врачом.

**Я обещаю** в послеоперационный период, оговоренный врачом, не управлять транспортным средством, соблюдать послеоперационный режим (щадящая диета, гигиена полости рта, прием лекарственных средств).

**Я понимаю**, что результат лечения мне не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, использованием им качественных материалов и инструментов и соблюдение стандартов (алгоритмов) лечения данного заболевания.

**Я осознаю**, что преимущества предлагаемого лечения значительно перевешивают возможные осложнения, поэтому я добровольно даю согласие на проведение лечения.

**Я имел(а)** возможность задать врачу все интересующие меня вопросы. С гарантийными сроками и сроками службы на выполняемые работы и услуги по оказанию стоматологической помощи ознакомлен, согласен и обязуюсь соблюдать условия их применения.

**Я предупрежден(а)**, что несоблюдение рекомендаций лечащего врача освобождает стоматологическую клинику ООО «Стом-Дарт-Плюс» от ответственности за неблагоприятный исход процедуры.

С информированным согласием ознакомлен (а) и согласен (а).

Дата «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ / «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Беседу провел врач: \_\_\_\_\_ / «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.