

Основание: статья 20 ФЗ № 323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 1051н от 12.11.2021г.
Инн: 0278 986812 ОГРН: 1250200010290 № ЛО41-01170-02/03175899 от 12.09.2025 года

Приложение к договору и к амбулаторной карте
стоматологического больного № _____

Информированное добровольное согласие на проведение Удаление зуба

Я, _____,
(ФИО пациента, число, месяц, год рождения либо законного представителя)

зарегистрированного, проживающего по адресу:

_____ (адрес регистрации, проживания гражданина или законного представителя)
в отношении _____ «__» _____ г.р.,
(ФИО пациента при подписании согласия законным представителем)

проживающего по адресу: _____,
(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие, о том, что мое лечение проведет врач-стоматолог

(Ф.И.О. врача)

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю **добровольное** согласие на проведение мне следующего медицинского вмешательства:

удаление зуба

Меня проинформировали о потенциальных рисках и возможных осложнениях.

Настоящее информированное согласие разработано с целью информирования о предстоящем моем лечении, мне названы условия проведения лечения, этапы проведения лечения, предложены альтернативные методы.

Настоящее информированное согласие содержит информацию о возможных рисках, осложнениях и прогнозах моего лечения.

На проведение мне вышеуказанных медицинских вмешательств я уполномочиваю
врача – _____ (ФИО

врача),

Описание технологии: удаление зуба

Мне разъяснено, что в ходе процедуры Врач: под аппликационной («Дисилан паста»), инфильтрационной/проводниковой (Sol. Articaini 1,7 ml 1:100000, 1:200000) анестезией, удаление _____ зуба(ов), кюретаж, коррекция альвеолы; антисептическая обработка альвеолы 0,05%-м раствором хлоргексидина; альвостаз в лунку; гемостаз.

Показания:

Другое _____.

Рекомендуемое количество процедур для достижения максимального результата: 1.

Предполагаемый результат медицинского вмешательства: стабилизация-отсутствие осложнений.

Я понимаю, что даже при максимально возможной степени заботливости и осмотрительности лечащего врача, какая от него требуется по характеру выполняемой работы, и принятия всех мер для успешного проведения медицинского вмешательства, желаемый

результат может быть не достигнут, в силу недостаточного уровня развития современного медицины, не гарантирующей стопроцентного результата; в силу индивидуальных особенностей организма пациента.

Я проинформирован(а) врачом **об альтернативных методах** медицинского вмешательства и выражаю согласие с предложенным планом лечения .

Я проинформирован(а) врачом, что данная медицинская услуга недоступна по программе обязательного медицинского страхования.

Я предупрежден(а), что **противопоказаниями к проведению медицинского вмешательства являются нижеперечисленные состояния пациента и я обязуюсь предоставить максимально точные данные, которые мне известны:** беременность; кормление грудью; онкология на этапе обострения, предраковые и фоновые заболевания; острые воспалительные процессы в мочеполовой системе; хронические болезни мочевого пузыря на этапе обострения; эпилепсия.

Я понимаю, что перечисленные, а также не упомянутые здесь возможные противопоказания могут повлечь осложнения и привести к дополнительным хирургическим, лечебным, диагностическим процедурам, что может потребовать денежных и временных затрат, возможна временная нетрудоспособность, и врач/клиника не несет ответственности в случае возникновения осложнений, если я не сообщил(а) или не знал(а) о противопоказаниях, но дал(а) свое согласие на проведение мне/моему подопечному данного медицинского вмешательства.

Мне в доступной форме разъяснено и я понимаю, что существует возможность побочных эффектов или серьезных осложнений.

Я ознакомлен с приведенным ниже перечнем побочных эффектов:
Возможные ощущения во время процедуры – обычно безболезненно, но может быть покалывания, ощущения давления

В случае проявления осложнений или дискомфорта/аллергических реакций, я обязуюсь сообщить об этом лечащему врачу в кратчайшие сроки.

Я осознаю, что тщательное соблюдение всех рекомендаций поможет снизить риски осложнений. Я предупрежден(а) лечащим Врачом о строгом соблюдении режима во время проведения процедуры и после нее. В частности,

1. Если из лунки удалённого зуба — кровит, приложите к щеке холод на 20 мин. 2 раза с перерывом 30 мин., не подсасывайте кровь из раны (если кровь не остановилась обязательно сообщите об этом в клинику). Обязательно соблюдайте гигиену полости рта, если возле удалённого зуба вы боитесь чистить щёткой, то обязательно обработайте рядом стоящие зубы ватной палочкой.
2. Не забывайте принимать антибиотики (если их назначил вам врач)
3. Не принимайте спиртного – это снижает силу действия антибиотиков.
4. Запрещено курить сигареты, кальян, электронные сигареты в течении первых 2х часов после процедуры

5. После того, как действие анестезии закончилось, вы можете ощущать небольшую ноющую боль в ране – это нормально. Мы рекомендуем выпить 1 таблетку анальгетика или нестероидного противовоспалительного средства

6. При удалении возможно натяжение уголков рта, с последующим их растрескиванием. Мы рекомендуем смазывать уголки рта гелем «Актовегин» для слизистых оболочек или облепиховым маслом.

7. Если у вас ноющие боли не проходят в течении 2-3 суток, то вы обязательно должны показаться врачу

НЕЛЬЗЯ: греть щеку в области удаленного зуба, полоскать спиртосодержащими растворами полость рта и принимать их внутрь, посещать бассейн и сауны, физические нагрузки в течении 7 дней, переохлаждаться.

НЕ должно быть: увеличения отёка, повышения температуры с выше 38 С, сильной боли. В данных случаях мы рекомендуем обратиться сразу же к врачу.

Обязуюсь выполнять все рекомендации лечащего врача, сделанные в соответствии с протоколом процедуры.

Мне известно, что при несоблюдении мною лечебных предписаний или правил внутреннего распорядка Клиники лечащий врач вправе отказаться от дальнейшего моего лечения.

Я имел(а) возможность задавать вопросы и на все получил(а) исчерпывающие ответы Лечащего врача.

Настоящим я даю согласие на проведение медицинской фото- и/или видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных, а также понимая, что эти фотографии или видеозапись останутся собственностью Клиники. Фото- и видеосъемка производится для цели фиксирования результатов медицинского вмешательства.

Я разрешаю врачу опубликовать информацию о лечении меня в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях

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 прочитал(а) данное согласие, понимаю его смысл, принимаю данные факты и настоящим уполномочиваю провести мне медицинскую манипуляцию.

Настоящим подтверждаю, что данное информированное согласие мною подписано в присутствии лечащего врача.

подпись

(ФИО Пациента)

Дата « ____ » _____ 202....год

Я подписываю настоящее информированное согласие, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя, обладая всей информацией для принятия решения, полностью осознавая, что беру на себя ответственность за принятое мной решение (дачу согласия) относительно проводимых со мной медицинских манипуляций.

Вышеуказанный Пациент ознакомился и дал своё информированное добровольное согласие на указанное в нём медицинское вмешательство, а также расписался в настоящем документе в моём присутствии:

Подпись врача _____ / _____

Ф.И.О. (полностью)

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.

[illegible]