



**ЭНЕРГИЯ
УЛЫБКИ**

СТОМАТОЛОГИЯ

ООО «МедЭнергетика»

ИНН 7840124090 ОГРН 1267800019189

г. Санкт-Петербург,
Социалистическая ул., д. 21, стр. 1, пом. 8-Н

тел.: +7 999 021 89 99
e-mail: energysmail@gmail.com | www.energysmail.ru

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ, ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

Версия 1.0 от 01.05.2026

В соответствии со статьёй 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Приказом Министерства здравоохранения РФ от 20.12.2012 № 1177н.

Фамилия, имя, отчество пациента:

Дата рождения: _____

Паспорт (серия, номер):

Врач:

Фамилия, имя, отчество врача:

Я информирован(а) о следующем:

Врач предоставил мне в доступной форме полную информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, его последствиях и предполагаемых результатах.

В ходе консультации и лечения могут выполняться следующие виды вмешательств:

- клинический осмотр полости рта;
- зондирование зубодесневых карманов;
- рентгенологическое обследование (прицельные снимки, ортопантограмма, КТ);
- фотографирование полости рта и лица для фиксации клинической ситуации;
- снятие зубных отложений (воздушно-абразивная обработка, ультразвук);
- местная инфильтрационная или проводниковая анестезия;
- лечение кариеса и его осложнений;
- пломбирование и реставрация зубов;

- удаление зубов (в том числе хирургическое);
- временное пломбирование и медикаментозная обработка каналов;
- иные лечебные мероприятия, необходимые по клинической ситуации.

Я предупреждён(а) о возможных рисках и осложнениях:

- аллергические реакции на анестетики и материалы (крапивница, отёк Квинке, анафилактический шок);
- гематома, отёк, болезненность в месте введения анестетика;
- онемение языка, губ, щёк после анестезии (временное);
- перфорация дна полости носа или верхнечелюстной пазухи при работе на верхней челюсти;
- повреждение нижнего альвеолярного нерва при работе на нижней челюсти;
- перелом инструмента в корневом канале;
- вывих нижней челюсти при широком открывании рта;
- постпломбировочная болезненность зуба;
- необходимость повторного вмешательства.

Я подтверждаю:

- Мне разъяснены цели, методы, риски и альтернативные варианты лечения.
- Я сообщил(а) врачу обо всех известных мне аллергических реакциях на лекарственные препараты.
- Я сообщил(а) врачу обо всех имеющихся заболеваниях, в том числе о сердечно-сосудистых, эндокринных, онкологических, заболеваниях крови и принимаемых препаратах.
- Я информирован(а) о том, что скрывание сведений о состоянии здоровья может повлечь ухудшение результата лечения.
- Я понимаю, что врач не может дать стопроцентной гарантии результата.
- Я вправе отозвать настоящее согласие до начала медицинского вмешательства.

Настоящим я даю добровольное согласие врачам ООО «МедЭнергетика» на проведение консультации, диагностических исследований и лечебных мероприятий, связанных с лечением моего заболевания, включая анестезию, рентгенологическое обследование и фотографирование полости рта.

Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты. Ксерокопия имеет одинаковую юридическую силу с оригиналом.

ВРАЧ

ПАЦИЕНТ

Подпись _____

Подпись _____

Расшифровка _____

Расшифровка _____

Дата: «01» июня 2026 г.