

Согласие пациента на обработку его персональных данных.

Я, нижеподписавшийся (аяся), _____, проживающий (ая) по адресу: _____, Паспорт гражданина РФ, серия _____, выдан: _____, № подр. _____, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Дента+» (далее – Оператор), находящегося по адресу: г. Орел, улица Советская, дом 11, офис 90, моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, паспортные данные, адрес проживания, место работы, контактный телефон, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе осуществлять автоматизированную обработку моих персональных данных, а также без использования средств автоматизации. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в свою электронную базу данных.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара, пять лет – для поликлиники).

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

Настоящее согласие дано мной и действует в период действия Договора на оказание платных стоматологических услуг от «__» _____ № _____ и дополнительных соглашений к нему.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Я понимаю, что в случаях, предусмотренных п.4 ст. 13 ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» сведения о моем здоровье, составляющие врачебную тайну, могут быть переданы без моего согласия иным медицинским организациям, органам следствия, суда, прокуратуры, органам санитарно-эпидемиологического контроля, военкоматам, органам опеки и попечительства, иным органам государственной власти, если это предусмотрено федеральным законом.

Дата _____

Подпись субъекта персональных данных _____

УВЕДОМЛЕНИЕ

Исполнитель - ООО «Дента+», находящееся по адресу г. Орел, ул. Советская, д.11, лит.А, пом.90, действующее на основании Свидетельства о государственной регистрации юридического лица серия 57 № 001223325, выданного 08.04.2010г. Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы России № 2 по Орловской области, ОГРН 1105742000550, лицензии № ЛО41-01142-57/00366865 от 27.05.2019г., выданной Департаментом здравоохранения Орловской области (адрес места нахождения: 302021, г. Орел, ул. Ленина, д.1, тел. (4862) 47-53-47) Обществу с ограниченной ответственностью «Дента +» 302030, Орловская область, г. Орел, ул. Советская, д.11, лит.А, пом.90, тел.(4862)47-17-40: при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, рентгенологии, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, в лице генерального директора Дзюба Алексея Николаевича, действующего на основании Устава,

Уведомляет Заказчика/Пациента _____, проживающего по адресу: _____

О том, что:

1. Граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения и правил поведения пациента в медицинских организациях. Несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

2. ООО «Дента+» не участвует в оказании медицинской помощи в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Соответствующие виды и объемы медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи по территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи возможно получить в медицинских учреждениях государственной системы здравоохранения, участвующих в реализации вышеуказанной программы.

М.П.

Уведомление получено

Заказчик/Пациент _____

Ф.И.О подпись _____

ДОГОВОР № _____ НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ

г. Орёл _____ *дата*

ООО «Дента+», действующее на основании Свидетельства о государственной регистрации юридического лица серия 57 № 001223325, выданного 08.04.2010г. Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы России № 2 по Орловской области, ОГРН 1105742000550, в лице генерального директора Дзюба Алексея Николаевича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка) _____, проживающий (ая) по адресу: _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту платные медицинские стоматологические услуги (далее – «стоматологические услуги»), перечень, стоимость и срок оказания которых указан в Дополнительных соглашениях, а Пациент обязуется принять и оплатить указанные стоматологические услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором и Дополнительными соглашениями к нему.

1.2. Исполнитель осуществляет медицинскую деятельность на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-01142-57/00366865 от 27.05.2019г., срок действия: бессрочно, выданной Департаментом здравоохранения Орловской области (адрес места нахождения: 302021, г. Орел, ул. Ленина, д.1, тел. (4862) 47-53-47) Обществу с ограниченной ответственностью «Дента+» 302030, Орловская область, г. Орел, ул. Советская, д.11, лит. А, пом. 90: при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, рентгенологии, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической.

1.3. Стоматологическая услуга оказывается Исполнителем по адресу: г. Орел, ул. Советская, д.11, лит. А, пом. 90.

1.4. Адрес сайта Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет": dentaplus-orel.ru.

1.5. Исполнитель оказывает стоматологические услуги по настоящему Договору в дни и часы работы, которые устанавливаются генеральным директором и доводятся до сведения Пациента на вывеске в помещениях клиники и на сайте Исполнителя в сети «Интернет», по предварительной записи, осуществляемой через регистратуру или во время предыдущего врачебного приема.

1.6. При подписании Договора Пациент уведомлен о том, что Граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения и правила поведения пациента в медицинских организациях. Несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника,

предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

1.7. При подписании Договора Пациент уведомлен о том, что ООО «Дента+» не участвует в оказании медицинской помощи в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Соответствующие виды и объемы медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи по территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи возможно получить в медицинских учреждениях государственной системы здравоохранения, участвующих в реализации вышеуказанной программы.

1.8. Стоматологические услуги оказываются:

1.8.1. В соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации.

1.8.2. В соответствии с порядками медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями.

1.8.3. На основе клинических рекомендаций, размещенных на официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации (Рубрикатор клинических рекомендаций).

1.8.4. С учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации, размещенных на "Официальном интернет-портале правовой информации" (www.pravo.gov.ru)

1.9. Оказываемые стоматологические услуги соответствуют номенклатуре медицинских услуг, утвержденной Министерством здравоохранения Российской Федерации, предоставляются в полном объеме стандарта медицинской помощи или в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а так же в объеме, превышающий объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию Пациента.

1.10. Стоматологические услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Пациента, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

1.11. Сроки ожидания стоматологической услуги зависят от состояния здоровья Пациента и определяются с момента обращения Пациента исходя из свободного времени в графике приема врача:

- консультативных услуг по записи - 7 (семь) рабочих дней;

- при неотложных состояниях (острые формы осложненного кариеса) - 1-2 (один-два) дня,

- при плановом стоматологическом лечении - 2 (две) недели,

- дата и время повторного приема определяется на текущем приеме, врач согласовывает с Пациентом дату следующего визита.

1.12. Предварительный срок оказания стоматологической услуги или ее части (этапа) отражен в Платежном документе, с которым Пациент ознакомлен до начала лечения.

1.13. Срок оказания услуг (этапов), указанный в выполняемом Платежном документе, может быть изменен Исполнителем в одностороннем порядке по независящим от него причинам. Исполнитель извещает об этом Пациента, либо на приеме, либо в ином порядке, обеспечивающем ознакомление Пациента с измененным сроком оказания Услуги.

1.14. Срок оказания стоматологической услуги определяется лечащим врачом и зависит от состояния здоровья, тяжести заболевания и индивидуальных особенностей Пациента, периода, необходимого для качественного и безопасного оказания стоматологических услуг, в том числе периода изготовления стоматологического изделия, и графика работы врача. Сроки оказания стоматологических услуг определяются по согласованию с Пациентом, при этом они не могут превышать 180 (ста восемьдесят) дней со дня заключения настоящего Договора. Исключения составляют длительные виды сложной медицинской помощи (ортопедическое лечение и прочее), сроки оказания которых, не могут превышать 30 (тридцати) календарных месяцев со дня начала оказания медицинской помощи.

2. ПРАВА, ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН И УСЛОВИЯ ИХ РЕАЛИЗАЦИИ

2.1. Исполнитель принимает на себя обязательства:

2.1.1. Оказать стоматологические услуги в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, в том числе предъявляемыми к качеству медицинских услуг.

2.1.2. Провести клинический осмотр, диагностическое обследование и, на основании установленного предварительного диагноза, составить рекомендуемый План лечения Пациента. Отрастить результаты обследования, диагноз, план лечения в медицинской документации, соответствующей установленным законодательством Российской Федерации требованиям к оформлению и ведению медицинской документации.

2.1.3. Предоставить Пациенту по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а так же сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

2.1.4. Довести до сведения Пациента путем размещения на информационных стендах и на сайте Исполнителя в сети «Интернет» следующую информацию:

- о перечне платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, утвержденной министерством здравоохранения Российской Федерации, с указанием цен в рублях (Прейскурант);

- стандартах медицинской помощи и клинических рекомендаций (при их наличии), с учетом и на основании которых оказываются медицинские услуги;

- сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг;

- о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;

- график работы медицинских работников участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;

- иную информацию, предусмотренную действующим законодательством РФ и настоящим Договором.

2.1.5. Предоставить Пациенту после исполнения настоящего Договора копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья, после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы. Копии вышеуказанных документов предоставить по письменному заявлению Пациента, при предъявлении документа, удостоверяющего личность в течении 7 (семи) рабочих дней с момента поступления заявления.

2.1.6. По требованию Пациента составить смету на предоставление стоматологических услуг, которая после ее составления будет являться неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.1.7. В случае если при предоставлении стоматологических услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных данным договором и дополнительными соглашениями к нему, Исполнитель обязан предупредить об этом Пациента. Без оформления дополнительного соглашения к Договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости Исполнитель не вправе предоставлять медицинские услуги на возмездной основе.

2.1.8. По обращению Пациента выдать следующие документы, подтверждающие фактические расходы Пациента на оказанные стоматологические услуги:

- копию договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему;

- справку об оплате медицинских услуг по установленной форме.

2.1.9. При предъявлении Пациентом требований, в том числе при обнаружении недостатков оказанной стоматологической услуги, Исполнитель обязан рассмотреть и удовлетворить заявленные требования, если они признаны Исполнителем обоснованными, или направить отказ в удовлетворении заявленных требований в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей»

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Самостоятельно определять характер, объем, этапность исследований, манипуляций для установления окончательного диагноза, выбора надлежащего метода лечения Пациента, с учетом прогноза и профилактики возможных осложнений, руководствуясь законодательством Российской Федерации, с учетом порядков и стандартов медицинской помощи, на основании клинических рекомендаций, условиями Договора и принятыми в клинике Исполнителя локальными актами.

2.2.2. Получать от Пациента любую информацию, необходимую для исполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае не предоставления либо неполного или неверного предоставления Пациентом информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.

2.2.3. Отказаться в одностороннем порядке от оказания стоматологических услуг, уведомив об этом Пациента, в случае неисполнения Пациентом условий настоящего Договора и указаний Лечащего врача, а также при выявлении противопоказаний, обнаруженных после подписания настоящего Договора.

2.2.4. В случае нарушения сроков оплаты оказанных стоматологических услуг, предусмотренных п. 5.2 настоящего Договора взыскать с Пациента неустойку в размере 1% от общей суммы задолженности за каждый день просрочки.

2.2.5. Заменить лечащего врача Пациента по его личной просьбе, по стечению обстоятельств (болезнь, отпуск лечащего врача, психологическая несовместимость) с согласия Пациента.

2.2.6. Осуществлять фото и видеосъемку (без указания имени и фамилии) для диагностики, последующего лечения и контроля качества проводимого лечения.

2.3. Пациент принимает на себя обязательства:

2.3.1. До подписания настоящего Договора, ознакомиться с информацией непосредственно связанной с исполнением условий настоящего Договора, размещенной на информационных стендах и на сайте Исполнителя в сети «Интернет», в том числе с Правилами предоставления стоматологических услуг, Правилами внутреннего распорядка для пациентов, Положением о гарантийных обязательствах, действующим Прейскурантом, Правилами эксплуатации результатов стоматологических услуг, иными локальными актами, принятыми в клинике Исполнителя

2.3.2. Соблюдать действующее законодательство Российской Федерации, нормативные правовые акты, относящиеся к возмездному оказанию медицинских услуг, условия настоящего Договора, положения, нормы, правила и условия оказания стоматологических услуг, действующие в клинике Исполнителя.

2.3.3. Следовать, выбранному им же, плану лечения, срокам этапов лечения, срокам обращения в клинику по поводу отклонений от прогнозируемого хода (развития) событий, срокам обращения на профилактические и контрольные обследования и осмотры.

2.3.4. Предоставить всю известную ему необходимую информацию медицинским работникам Исполнителя о состоянии своего здоровья, заболеваниях, противопоказаниях, аллергических реакциях и т.д., сведения, касающиеся его личности, состояния здоровья родственников и т.д., необходимые для оказания стоматологической услуги.

2.3.5. В период течения гарантийных обязательств обращаться непосредственно к Исполнителю при возникновении вопросов или жалоб, связанных со стоматологической услугой.

2.3.6. Оплатить оказанные стоматологические услуги в полном объеме в соответствии с прейскурантом, действующем на момент оказания услуг в порядке и сроки, установленные Договором.

2.3.7. Своевременно подписывать Акты об оказании стоматологической услуги.

2.4.8. Заблаговременно, не менее чем за сутки, информировать Исполнителя о необходимости отмены или изменении назначенного ему времени получения стоматологической услуги.

2.5.9. При расторжении настоящего Договора оплатить фактически понесённые Исполнителем расходы в связи с выполнением настоящего Договора, при этом в случае расторжения Договора по инициативе Исполнителя оплатить Исполнителю фактически

понесённые Исполнителем расходы в связи с выполнением настоящего Договора в размере, порядке и в сроки, указанные в письменном уведомлении.

2.4. Пациент имеет право:

2.4.1. Получать от Исполнителя услуги в соответствии с п.1.1 настоящего Договора.

2.4.2. Получать информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения; об используемых при предоставлении стоматологических услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а так же сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

2.4.3. Выбирать лечащего врача с учетом специализации врача и его согласия.

2.4.4. Выбирать время приема у врача по графику работы врача из имеющегося свободного времени в расписании.

2.4.5. Знакомиться с документами, подтверждающими профессиональное образование и квалификацию лечащего врача и правоспособность Исполнителя.

2.4.6. Получить копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья после получения услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях без взимания дополнительной платы. Копии медицинских документов получить на основании письменного заявления и документа удостоверяющего личность, через 7 рабочих дней после подачи заявления.

2.4.7. На любом этапе отказаться от получения стоматологических услуг, известив Исполнителя об этом письменно. В данном случае Договор расторгается. При этом Пациент осознает, что в данном случае достижения общепринятых параметров качества выполненных стоматологических услуг Исполнитель не гарантирует.

2.4.8. При наличии обоснованных претензий к качеству оказания стоматологической услуги, согласно ст.29 закона РФ « О защите прав потребителей» требовать от Исполнителя:

а) безвозмездного устранения недостатков выполненной работы;

б) соответствующего уменьшения цены выполненной работы;

в) безвозмездного изготовления другой вещи из однородного материала такого же качества или повторного выполнения работы;

г) возмещение понесенных им расходов по устранению недостатков выполненной работы своими силами или силами третьих лиц;

д) отказаться от исполнения договора о выполнении работы и потребовать полного возмещения убытков, если в установленный указанным договором срок, недостатки выполненной работы не устранены Исполнителем, Заказчик вправе отказаться от исполнения договора о выполнении работы, если им обнаружены существенные недостатки выполненной работы или иные существенные отступления от условий договора.

е) при наличии обоснованных претензий по срокам ожидания стоматологической услуги:

- назначения нового срока оказания услуги;

- уменьшения стоимости предоставленной услуги;

- исполнения услуги другим специалистом.

2.5. Условия и механизм реализации прав и обязательств.

2.5.1. Предоставление стоматологических услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Пациента на прием. Предварительная запись на прием осуществляется через регистратуру стоматологической клиники посредством телефонной, факсимильной и иной связи. Телефон регистратуры: 47-17-40. В особых случаях, включая необходимость получения неотложной помощи, услуги предоставляются Пациенту без предварительной записи и/или вне установленной очереди.

2.5.2. Объем дополнительных методов обследования и полной санации определяется и составляется врачом в соответствии со стандартами и порядками оказания стоматологической помощи в РФ, клиническими рекомендациями, современными технологиями лечения и состоянием здоровья Пациента.

2.5.3. Пациент, еще до обращения за медицинской помощью, осознает, что его цель - получение положительного результата в лечении стоматологического заболевания, которого может и не быть, но сознательно идет на риск, в надежде на выздоровление или улучшение состояния. Риск не достижения результата лежит на Пациенте.

2.5.4. Пациент осознаёт и принимает, что существуют зависящие от него обстоятельства, которые влияют на результат оказания услуг, на их эффективность, безопасность, на сроки оказания и длительность полезного действия стоматологических услуг.

2.5.5. При подписании настоящего Договора Пациенту предоставлена в доступной форме информация о стоматологических услугах, содержащая следующие сведения:

а) порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении стоматологических услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

б) информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей стоматологической услуги (его профессиональном образовании и квалификации);

в) другие сведения, относящиеся к предмету договора.

2.5.6. Подписываемые Сторонами Акты об оказании стоматологических услуг являются подтверждением оказания стоматологических услуг Исполнителем Пациенту.

2.5.7. Пациент, подписанием настоящего Договора, дает согласие на осуществление фото и видеосъемки (без указания имени и фамилии) для диагностики, последующего лечения и контроля качества проводимого лечения.

3. КАЧЕСТВО УСЛУГ И ГАРАНТИЙНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА

3.1. Исполнитель гарантирует достижение и поддержание стандартов качества и безопасности стоматологических услуг, путем предоставления стоматологических услуг Пациенту квалифицированными специалистами Исполнителя, которые осуществляют обследование, диагностику и лечение зубочелюстной системы Пациента, согласно действующим в РФ стандартам и порядкам

оказания стоматологической помощи, на основе клинических рекомендаций, используя материалы, инструменты и оборудование, разрешенные к применению на территории РФ.

3.2. Пациент осознает и принимает на себя ответственность за результат услуги, оказываемой вопреки рекомендациям врача по настоянию Пациента. Такие услуги оказываются как временные, поддерживающие меры, и только в случаях, если сами услуги не наносят ущерба здоровью. Оказанные в соответствии с данным пунктом Договора услуги не отменяют необходимости выполнения основных рекомендаций врача.

3.3. Пациент при подписании настоящего Договора подтверждает, что осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма, и вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить, не являются недостатками качества услуг, если услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований (стандартов и порядков оказания стоматологической помощи, клинических рекомендаций).

3.4. Пациент имеет право предъявить Исполнителю претензию относительно недостатков оказанной стоматологической услуги, если эти недостатки обнаружены и удостоверены в течение гарантийного срока, если иное не указано врачом в медицинской документации.

3.5. При возникновении в течение срока действия настоящего договора обстоятельств непреодолимой силы (заболевание, внешние воздействия, беременность, вынужденный прием лекарственных препаратов и т.п.), которые напрямую или косвенно приводят к изменениям в зубочелюстной системе Пациента, сроки гарантийных обязательств определяются Исполнителем в индивидуальном порядке.

3.6. Гарантийный срок на качество ортопедических конструкций и на качество установки пломб зависит от общего состояния здоровья Пациента, его стоматологического статуса, степени тяжести стоматологического заболевания, выбранного им же способа лечения, устанавливается лечащим врачом конкретно по каждому клиническому случаю и отражается в гарантийном талоне. Гарантийный срок может устанавливаться от трех до двенадцати месяцев и действует в течение всего установленного времени при условии выполнения Пациентом следующих обязательных требований:

- а) соблюдение в полном объеме всех назначений и рекомендаций лечащего врача;
- б) явки на обязательный профилактический осмотр и на профессиональную гигиену полости рта не реже 1 раза в 6 месяцев, при отсутствии иных указаний лечащего врача в медицинской карте Пациента.

3.7. При несоблюдении Пациентом обязательных требований, указанных в п. 3.6 настоящего Договора сроки гарантии на качество ортопедических конструкций и на качество установки пломб сокращаются на 50%.

3.8. Стороны соглашаются с тем, что личная подпись Пациента в Информированном добровольном согласии, одновременно является его согласием с предложенной Исполнителем кандидатурой врача, методами и сроками выполнения плана лечения, качеством и количеством лечебных мероприятий. А также подтверждением полного взаимопонимания между врачом и Пациентом на момент подписи.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. Пациент несёт ответственность:

4.1.1. За достоверность предоставляемой информации, четкое выполнение рекомендаций врача и своевременную оплату стоматологических услуг.

4.2. Исполнитель несёт ответственность:

4.2.1. За качество выполняемых стоматологических услуг по настоящему договору (в соответствии с утверждёнными стандартами и порядками оказания стоматологической помощи, на основании клинических рекомендаций, действующими на территории Российской Федерации).

4.2.2. За причинение вреда здоровью Пациента, в случае наличия вины Исполнителя.

4.3. Исполнитель не несёт ответственность в случаях:

4.3.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение Пациентом своих обязанностей, а равно указаний и рекомендаций Исполнителя, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации и условиями настоящего Договора.

4.3.2. Возникновения осложнений по вине Пациента, перечень которых закреплён в «Правилах предоставления стоматологических услуг», «Положении о гарантийных обязательствах», «Информированном добровольном согласии» и настоящем Договоре.

4.3.3. Индивидуальных особенностей организма, возникновение аллергии или непереносимости препаратов и стоматологических материалов. Наступление вредных последствий, соответствующих объёму медицинского вмешательства и обусловленных анатомическими особенностями организма и/или выраженностью основного заболевания.

4.3.4. В случае прекращения (не завершения) лечения по инициативе Пациента, пропуска назначенного визита и планового профилактического осмотра, Исполнитель не несет ответственности за неблагоприятный результат и исход проведенного лечения.

4.3.5. Если стоматологическая услуга была оказана в соответствии с утверждёнными стандартами и порядками оказания стоматологической помощи, на основании клинических рекомендаций, действующими на территории Российской Федерации, то все неблагоприятные последствия такой услуги расцениваются как не прогнозируемый исход (форс-мажорные обстоятельства).

4.4. Стороны не несут ответственности за невыполнение своих обязательств по настоящему договору, если это было вызвано обстоятельствами непреодолимой силы (форс-мажорными обстоятельствами), непосредственно повлиявшими на выполнение сторонами своих обязательств по настоящему договору.

4.5. В случае, когда невозможность исполнения Услуг возникла в связи с форс-мажорными обстоятельствами, возникшими помимо воли и желания Сторон и которые нельзя предвидеть или избежать, Пациент возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы.

4.6. Пациент обязан полностью возместить Исполнителю понесённые убытки, если Исполнитель не смог оказать услуги или был вынужден прекратить их оказание по вине Пациента.

5. ЦЕНА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

5.1. Стоматологические услуги оплачиваются Пациентом в полном объеме согласно действующему, на день оказания услуги, Прейскуранту цен Исполнителя после подписания Акта об оказании стоматологической услуги, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или внесения денежных средств в кассу Исполнителя. Терапевтические стоматологические услуги оплачиваются Пациентом непосредственно после каждого приема у врача в размере полной стоимости фактически оказанных в данное посещение стоматологических услуг. Ортопедические стоматологические услуги в день фактического завершения всех этапов работы.

5.2. Датой оплаты стоимости стоматологических услуг считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или день внесения денежных средств в кассу Исполнителя.

5.3. Оплата услуг в полном объеме должна быть произведена заказчиком не позднее трех рабочих дней с момента подписания акта об оказании стоматологической услуги.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с даты его подписания Сторонами и действует бессрочно.

6.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон.

6.2. Настоящий Договор может быть расторгнут Исполнителем в одностороннем порядке в случае неисполнения Пациентом условий настоящего Договора и указаний (рекомендаций) Лечащего врача, а также при выявлении противопоказаний, обнаруженных после подписания настоящего Договора. В данном случае Договор считается расторгнутым с момента письменного уведомления Пациента об отказе от Договора.

6.3. Настоящий Договор может быть расторгнут Пациентом в одностороннем порядке в случае отказа Пациента от получения стоматологической услуги по Договору. В данном случае Договор считается расторгнутым с момента письменного уведомления Исполнителя об отказе от Договора.

6.3. Расторжение договора возможно и по другим основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации и применимым для данного вида договоров.

7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.1 Медицинская карта Пациента существует в единственном экземпляре и хранится у Исполнителя. Все данные диагностики и лечения, выполненные «Исполнителем», являются неотъемлемой частью медицинской карты и остаются в собственности Исполнителя. Выдача выписок из медицинской карты осуществляется в порядке, предусмотренном п. 2.1.7. настоящего Договора.

7.2. Подписанием настоящего Договора Пациент подтверждает, что все условия настоящего Договора ему понятны, осознаются и дает согласие на использование Исполнителем или его сотрудниками персональных данных Пациента в целях организации процесса оказания стоматологических услуг Пациенту.

7.3. Лица или круг лиц, которым можно сообщать информацию о состоянии здоровья Пациента и факте оказания стоматологической помощи, и сведения, полученные при обращении к врачу в ходе обследования и лечения:

7.4. Все споры вытекающие из настоящего Договора, разрешаются сторонами путем переговоров или предъявления претензии в письменном виде. В случае невозможности урегулирования спора в досудебном порядке, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7.5. Граждане могут направлять обращения в ООО «Дента+» в письменной форме по следующему адресу: 302030, Орловская область, г. Орел, ул. Советская, д.11, пом. 90.

7.6. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями обеих Сторон.

7.7. Во всем остальном, что не предусмотрено условиями настоящего Договора Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

7.8. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах для каждой из Сторон Договора.

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ООО «Дента+»

ИНН 5751039120 КПП 575101001

Юр. адрес: г. Орел, ул. Советская, 11, офис 90

Телефон: 47-17-40

Генеральный директор ООО «Дента+» А.Н. Дзюба

ПАЦИЕНТ:

Ф.И.О.:

Дата рождения

Паспорт гражданина РФ, серия:, № подр.

Адрес:

Конт. тел.:

Подпись: _____

АНКЕТА О ЗДОРОВЬЕ

Ф. И. О. пациента _____
 Год рождения _____

Отвечая на вопросы анкеты, надо давать ответ «ДА» или «НЕТ» по каждому пункту, внести уточнения по диагнозу. Сообщенные Вами данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам.

Последнее посещение врача-стоматолога _____ (мес. и год)

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Заболевание сердца (инфаркт миокарда, стенокардия, аритмия, порок сердца)	ДА	НЕТ
Установлен ли у Вас кардиостимулятор сердца	ДА	НЕТ
Заболевание сосудов	ДА	НЕТ
Повышение или понижение артериального давления	ДА	НЕТ
Заболевание легких (туберкулез)	ДА	НЕТ
Бронхиальная астма	ДА	НЕТ
Заболевание желудочно-кишечного тракта	ДА	НЕТ
Гепатиты и другие заболевания печени	ДА	НЕТ
Заболевание почек	ДА	НЕТ
Заболевание щитовидной, паращитовидной и др. желез	ДА	НЕТ
Сахарный диабет	ДА	НЕТ
Травмы	ДА	НЕТ
Сотрясение мозга	ДА	НЕТ
Эпилепсия и др. заболевания центр. и периф. нерв. системы (инсульт)	ДА	НЕТ
Заболевание крови	ДА	НЕТ
Нарушения свертываемости крови	ДА	НЕТ
Заболевание ЛОР-органов	ДА	НЕТ
Удаление миндалин	ДА	НЕТ
Заболевание глаз	ДА	НЕТ
Заболевание костной системы, суставов	ДА	НЕТ
Рахит	ДА	НЕТ
Заболевание кожи	ДА	НЕТ
Нейродермит	ДА	НЕТ
Венерические заболевания или СПИД	ДА	НЕТ
Постоянно увеличены лимфатические узлы (железы)	ДА	НЕТ
Была длительная необъяснимая лихорадка	ДА	НЕТ
Бывают длительные боли в горле или затрудненное глотание	ДА	НЕТ

Периодически появляются багровые или красные участки на коже, сыпь	ДА	НЕТ
Ночная потливость	ДА	НЕТ
Дисбактериоз кишечника, диарея	ДА	НЕТ
Беспричинные головные боли	ДА	НЕТ
Проводились инъекции (в/м, в/в) за посл. 6 месяцев	ДА	НЕТ
Инфекционные заболевания	ДА	НЕТ
Проводилась лучевая терапия, химиотерапия за посл. 10 лет	ДА	НЕТ
Операции	ДА	НЕТ
Другие заболевания	ДА	НЕТ
Бывает головокружение, потеря сознания, одышка при введении анестетиков или др. лекар. препаратов	ДА	НЕТ
Постоянно или периодически принимаете лекарственные препараты (какие)	ДА	НЕТ
Принимаете ли Вы в настоящее время какие - либо лекарственные препараты	ДА	НЕТ

Если «ДА», укажите какие, в какое время суток, когда был последний прием:		
Проводилось ли у Вас лечение каких либо заболеваний за прошедшие 6 месяцев. Какие принимались препараты: _____	ДА	НЕТ
Получаете ли Вы какое-либо немедикаментозное лечение в настоящее время (физиотерапия, фитотерапия, химиотерапия и т.д.) Если «ДА», то какое конкретно _____	ДА	НЕТ
Состоите на учете в лечебном учреждении(в каком)	ДА	НЕТ
Для пациенток: - Беременность Если «ДА», какой срок _____	ДА	НЕТ
- вскармливание	ДА	НЕТ
- нарушение менструального цикла	ДА	НЕТ
- длительный, более 6 месяцев прием гормональных препаратов	ДА	НЕТ
Какое последнее общемедицинское обследование проводилось в этом году	ДА	НЕТ
Не находитесь ли Вы в состоянии острого эмоционального стресса	ДА	НЕТ
Имеются ли у Вас следующие привычки:		
- курение	ДА	НЕТ
- алкоголизм	ДА	НЕТ
- наркомания	ДА	НЕТ
Не находитесь ли вы в состоянии:		
- алкогольного опьянения	ДА	НЕТ
- под воздействием наркотиков, сильнодействующих препаратов	ДА	НЕТ
В настоящий момент времени я переносю:		
- ОРВИ	ДА	НЕТ
- насморк	ДА	НЕТ
- воспаление горла	ДА	НЕТ
- диарею (расстройство стула)	ДА	НЕТ

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ

На местные анестетики	ДА	НЕТ
На антибиотики	ДА	НЕТ
На сульфаниламиды	ДА	НЕТ
На препараты йода	ДА	НЕТ
На гормональные препараты	ДА	НЕТ
На другие лекарственные препараты Если «ДА», то на какие именно:	ДА	НЕТ
На нестероидные противовоспалительные средства: нурофен, диклофенак, аспирин и др.	ДА	НЕТ
На пыльцу и растения	ДА	НЕТ
На шерсть животных	ДА	НЕТ
На другие вещества	ДА	НЕТ
На пищевые продукты	ДА	НЕТ
На парфюмерные и иные запахи	ДА	НЕТ
На холод	ДА	НЕТ
На резиновые изделия (перчатки, медицинские изделия)	ДА	НЕТ

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

Наличие болей, щелканья в н/челюстном суставе	ДА	НЕТ
Кровоточивость десен при чистке зубов (периодическая, постоянная)	ДА	НЕТ
Появление герпеса («простуды») на губах с периодичностью _____ в год	ДА	НЕТ
Появление трещин губ, заед	ДА	НЕТ
Изменилось положение губы (верхней, нижней) или изменилась улыбка	ДА	НЕТ
Бруксизм (ночное скрежетание зубами)	ДА	НЕТ
Периодическое появление язв в полости рта	ДА	НЕТ
Периодическая или постоянная сухость во рту	ДА	НЕТ

Как Вы переносите стоматологические вмешательства: - Очень хорошо	ДА	НЕТ
--	----	-----

- Хорошо	ДА	НЕТ
- Удовлетворительно	ДА	НЕТ
- Не хорошо	ДА	НЕТ
Есть ли у Вас следующие эмоции по поводу стоматологического вмешательства:		
- Страх	ДА	НЕТ
- Боязнь	ДА	НЕТ
- Тревожность	ДА	НЕТ
- Ничего из перечисленного	ДА	НЕТ
В настоящий момент я чувствую:		
- физическую усталость	ДА	НЕТ
- эмоциональную усталость	ДА	НЕТ
- переживания, по какому либо Важному поводу	ДА	НЕТ
- сонливость	ДА	НЕТ
- боль	ДА	НЕТ
- Все хорошо	ДА	НЕТ
Обычно перед анестезией я:		
- Переживаю, что она не подействует и будет больно	ДА	НЕТ
- Боюсь вида шприца	ДА	НЕТ
- Боюсь самого укола	ДА	НЕТ
- Понимаю, что все будет хорошо	ДА	НЕТ
Обычно во время лечения я:		
- Очень переживаю и хочу, чтобы все поскорее закончилось	ДА	НЕТ
- Переживаю, если доктор делает что-то без предупреждения	ДА	НЕТ
- Концентрируюсь на ощущениях в ротовой полости	ДА	НЕТ
- Спокойно сижу в кресле и думаю о чем - то своем	ДА	НЕТ
- Люблю, когда доктор предупреждает, что он(а) будет делать	ДА	НЕТ
- Люблю, когда доктор разговаривает со мной	ДА	НЕТ
Обычно после лечения я:		
- Хочу, чтобы анестезия поскорее прошла	ДА	НЕТ
- Спокойно отношусь к тому, что анестезия отходит не быстро	ДА	НЕТ

Я искренне ответил(а) на пункты анкеты. Дополнительно хочу сообщить о состоянии здоровья следующее:

- я понимаю, что сведения о состоянии здоровья надо периодически обновлять.
- мне известно, что результаты лечения (выполнения работ) зависят от состояния здоровья.
- мне известно, что гарантии на каждую выполненную Исполнителем работу будут определяться с учетом состояния здоровья.
- я знаю, что в случае приема лекарственных препаратов перед посещением стоматолога, мне надо сообщить об этом врачу.
- я информирован(а) о необходимости выполнения ортопантограммы перед стоматологическим лечением и о том, что при необходимости надо будет дополнительно сделать прицельные рентгеновские снимки зубов.

Подпись пациента _____

« ___ » _____ 20__ г.

Информированное добровольное согласие на проведение местной анестезии.

Уважаемые пациенты!

Любое медицинское вмешательство обращено к достижению блага для здоровья. Именно в информированном согласии выражается то, на что рассчитывает получатель медицинской услуги и чем он готов поступить ради этого в отношении своего здоровья. В информированном согласии получатель и исполнитель медицинской услуги согласуют как предполагаемое благо для здоровья, так и возможные негативные последствия, оправданные необходимостью достижения такого блага.

Согласно ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323 **любое медицинское вмешательство, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение заболевания, допустимо только после получения врачом добровольного информированного согласия пациента в письменной форме.**

Я, _____ даю информированное добровольное согласие на проведение местной анестезии .

До начала проведения лечения я получил (а) от медицинских работников и врача интересующую меня информацию о предстоящем лечении, с тем, чтобы я мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение. Я проинформирован(а) о необходимости применения местной анестезии.

Местная инъекционная анестезия имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции. Местная инъекционная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций(уколов) для введения анестезирующего вещества с целью обеспечения эффекта обезболивания. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма.

Последствиями отказа от данной операции могут быть: невозможность выполнения медицинской манипуляции, прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. Инъекционная анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания, а также временному ощущению припухлости этой области.

Мне разъяснено, что применение местной анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, обмороку, коллапсу, шоку, травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимися потерей чувствительности, невритами, невралгиями и постинъекционными гематомами.

Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске инъекционной анестезии, включая вероятность осложнений. Основные осложнения инъекционной анестезии обусловлены, в первую очередь, введением в ткани организма специального раствора и реакцией организма на него (учащение сердцебиения, повышение артериального давления, аллергический шок, обморок, коллапс). Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, тризм (ограниченное открывание рта), которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше. Обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

При этом я информирован(а), что в ряде случаев медицинские вмешательства без анестезии невозможны. Альтернативой является отказ от лечения. Современные анестетики, применяемые с использованием одноразовых игл или карпул, обычно не дают осложнений. Однако при наличии опасений рекомендуется провести предварительные пробы на совместимость.

Я подтверждаю, что в Анкете о здоровье назвал(а) все известные имеющиеся у меня болезни, недуги и состояния. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья. При проведении местной инъекционной анестезии результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Текст настоящего информированного согласия мне понятен, неясные для меня термины, фразы отсутствуют. Я понимаю цель и смысл рекомендаций и назначений врача. На все вопросы, заданные мною, получены подробные и ясные мне по содержанию разъяснения.

Я понимаю, что перечисленные осложнения, риски и дискомфортные состояния являются неблагоприятными последствиями медицинской процедуры, которые нельзя полностью исключить и которые не зависят в полной мере от действий (бездействий) медицинского персонала. Я понимаю, что возникновение указанных осложнений, таким образом, не является следствием некачественно оказанной мне услуги (дефектом медицинской услуги).

Я понимаю, что врач не может гарантировать мне определенный результат лечения. Я понимаю также, что прогноз выздоровления (улучшения моего состояния) дается врачом исходя из собственного врачебного опыта и данных медицинской статистики.

Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии у меня к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я подтверждаю, что Исполнителем мне предоставлена полная и исчерпывающая информация, необходимая для осознанного выбора способа дальнейшего медицинского вмешательства в отношении меня согласно поставленному мне диагнозу и Прейскуранту цен на данные услуги.

Я даю согласие на фотосъемку в процессе лечения и возможное использование фотоматериалов в научных и рекламных целях.

Я даю согласие на то, что в процессе лечения ряд манипуляций может выполняться сертифицированными специалистами клиники под контролем лечащего врача.

Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям пациента при получении данной медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления этой услуги. Дополнительные условия мною не выдвигаются. Расширительных требований не имею.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Я понимаю, что настоящее Информированное согласие является юридическим документом. Подписывая его, я подтверждаю надлежащее выполнение Исполнителем своей обязанности по информированию меня, как Заказчика о сущности оказываемой мне услуги.

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, а также дальнейшего соблюдения рекомендаций врача.

Подпись пациента или законного представителя:

Подпись врача:

ФИО Дзюба Алексей Николаевич

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ
СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА КОМПЛЕКС ОБСЛЕДОВАНИЙ**

Уважаемые пациенты!

Любое медицинское вмешательство обращено к достижению блага для здоровья. При этом необходимым является и частичное повреждение здоровья. Именно в информированном согласии выражается то, на что рассчитывает получатель медицинской услуги и чем он готов поступиться ради этого в отношении своего здоровья. В информированном согласии получатель и исполнитель медицинской услуги согласуют как предполагаемое благо для здоровья, так и возможные негативные последствия, оправданные необходимостью достижения такого блага.

Согласно ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323 **любое медицинское вмешательство**, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение заболевания, **допустимо только после получения врачом добровольного информированного согласия пациента в письменной форме.**

Я,
Даю информированное добровольное согласие на проведение комплекса обследований
Информированное добровольное согласие на комплекс обследований дается пациентам либо его законным представителем **один раз при первичном обращении в медицинскую организацию** и действительно в течении всего срока оказания услуг в медицинской организации.

Я предоставляю имеющуюся на сегодняшний день информацию о состоянии моего здоровья и соглашаюсь на проведение осмотра, фото и видеofиксации состояния полости рта, манипуляций и исследований, включая рентгенологические, для получения максимально полной картины о состоянии зубочелюстной системы, диагностики и назначения нескольких вариантов лечения, для возможности врача согласовать их со мной.

В целях проведения полноценного и качественного обследования, правильного выбора методов лечения, врачу стоматологу может потребоваться провести:

1. Опрос, в том числе, выявление жалоб, сбор анамнеза. Опрос сопровождается занесением информации о пациенте в медицинскую карту с последующим подтверждением слов пациента своей подписью.

2. Осмотр, в том числе:

- **пальпация** (метод медицинского обследования, основанный на осязательном ощущении, возникающем при движении и давлении пальцев или ладони ощупывающей руки. С помощью пальпации определяют свойства тканей и органов: их положение, величину, форму, консистенцию, подвижность, топографические соотношения, а также болезненность исследуемого органа);
- **перкуссия** (метод медицинского обследования, состоящий в выстукивании участков тела и определении по характеру возникающего при этом звука физических свойств расположенных подперкутируемым местом органов и тканей (главным образом их плотности, воздушности и эластичности));

Целью осмотра является оценка внешнего вида и симметричности лица, цвета кожных покровов, состояния лимфатических узлов, слизистой оболочки полости рта, определения числа зубов, их положения, цвета и состояния, состояния кожи.

3. Рентгенологическое исследование в стоматологии – это способ диагностики челюстно-лицевой области, помогающий выявить скрытую патологию и избежать ошибок при проведении стоматологических манипуляций;

- **рентгеновизиография** – цифровой снимок в области одного зуба.

Процедура проведения: пациент находится в положении сидя на указанном специалистом месте по отношению к аппарату, датчик аппарата устанавливается рентгенлаборантом в области исследуемого зуба и рентгеновский излучатель устанавливается на поверхности кожи лица.

Противопоказания: беременность; кормление грудью; детский возраст до 5 лет (исследование проводится в определенных клинических случаях по решению лечащего врача); проведение рентгеновского обследования внутренних органов (желудка, кишечника и т.п.), позвоночника в течение одной недели до и после дентального рентгенографического исследования; отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф, проведения курса лучевой терапии по поводу сопутствующих заболеваний – менее чем за 6 месяцев до настоящего времени; работа, связанная с использованием источников ионизирующего излучения).

Информация о лучевой нагрузке пациента: лучевая нагрузка при выполнении рентгеновизиографии – 0.5-1.8мкЗв. Максимальная лучевая нагрузка на пациента в год по данным Всемирной организации здравоохранения 1000 мкЗв.

4. Инструментальное обследование (один из самых главных методов диагностики, проводится с использованием стоматологического зеркала, специальных зондов, позволяет оценить состояние каждого зуба, состояние эмали, наличие кариозных полостей, болезненность зубов).

5. Применение цифровой внутриротовой видеокамеры (используется для визуализации и увеличения до 100 раз поверхности зубов и слизистой оболочки полости рта).

6. Специальные методы диагностики стоматологических состояний и заболеваний, в частности:

- **электроодонтодиагностика** (метод оценки возбудимости чувствительных нервов зуба при их раздражении электрическим током);
- **термоодонтодиагностика** (метод оценки состояния возбудимости чувствительных нервов зуба с помощью температурных раздражителей);

- создание диагностических моделей челюстей пациента (необходимы для постановки диагноза и для контроля лечения, то есть, оценки начального состояния, после препарирования, после наложения и фиксации протезов) и другие методы.

7. Фотографирование – проводится цифровой камерой с целью диагностики, планирования, визуализации ситуации в полости рта. Проводится в случаях планируемых эстетических работ, а также при эндодонтическом лечении с помощью микроскопа.

За исключением опроса, проводимого на любом приеме любого специалиста, все остальные перечисленные методы диагностики применяются при наличии соответствующих показаний и при правильном их применении:

1. Исключают внесение во внутреннюю среду организма болезнетворных вирусов и бактерий, чужеродных веществ;
2. Как правило, не сопровождаются болевыми и иными неприятными ощущениями, если только их целью не ставится определение степени болезненности;
3. Не сопровождаются рисками для здоровья.

Ознакомившись с перечнем диагностических мероприятий, применяемых в клинике, я даю согласие на их проведение любым из специалистов клиники, если их проведение необходимо для постановки или уточнения моего диагноза, а также выбора мероприятий по лечению.

Я прошу работников Клиники направлять мне по электронной почте _____ (указать адрес электронной почты) и (или) путем SMS-сообщения _____ (указать номер телефона) информацию о предстоящей записи на прием к врачам-специалистам Клиники.

Я проинформирован(а) о том, что такая передача информации будет производиться по незащищенным каналам связи, в связи с чем возможна ее утечка и (или) иное непреднамеренное нарушение конфиденциальности. Несмотря на риск утечки моих персональных данных и сведений, составляющих мою врачебную тайну, **я выражаю желание и прошу работников Клиники направлять мне вышеуказанную информацию посредством электронной почты и (или) SMS-сообщений**, так как риск ее утечки менее значим для меня по сравнению с удобством и комфортом ее получения по современным каналам связи. Я здраво оцениваю все риски и готов принять на себя возможную ответственность в случае нарушения конфиденциальности моей медицинской информации в результате ее пересылки по незащищенным каналам связи.

Также я выражаю согласие на использование вышеуказанной информации в целях направления по моей просьбе кассового чека или бланка строгой отчетности в электронной форме на предоставленный абонентский номер либо адрес электронной почты в соответствии с Федеральным законом от 22.05.2003 № 54-ФЗ «О применении контрольно-кассовой техники при осуществлении наличных денежных расчетов и (или) расчетов с использованием электронных средств платежа».

Я разрешаю предоставлять мою медицинскую информацию всем медицинским работникам и должностным лицам Клиники, причастным к данному случаю оказания мне (представляемому) медицинской помощи.

Я разрешаю использовать мою (представляемого) медицинскую информацию для проведения контроля качества оказания мне (представляемому) медицинской помощи, в том числе с привлечением независимых специалистов.

Я разрешаю передавать мне информацию о состоянии моего (представляемого) здоровья в случае неблагоприятного прогноза развития моего (представляемого) заболевания.

Я в доступной и понятной мне форме проинформирован(а) врачом о результатах предварительного осмотра, получил(а) сведения о результатах диагностического исследования, наличии заболеваний, диагнозе и прогнозе, получил(а) обоснование необходимости лечения, методах лечения, связанных с вмешательством и возможных рисках.

Мне сообщено о выявленной сопутствующей патологии.

Мной получены и мне понятны рекомендации врача в период амбулаторного лечения о характере питания, физических нагрузках, других ограничениях, явках на контрольные осмотры. Я понимаю, что невыполнение этих рекомендаций может привести к ухудшению моего здоровья, и снижению эффективности лечения по моей вине. Из-за этого клиника не сможет предоставить мне гарантии выздоровления, и я не буду иметь в этом случае претензий к врачу и к клинике.

Все термины данного информированного согласия, а также цели каждой диагностической манипуляции мне понятны, на возникшие вопросы получены полные и ясные мне ответы.

Имеются диагностические мероприятия, в отношении которых я заявляю об отказе от их проведения, в частности: _____

Отказываясь от применения данных диагностических манипуляций я осознаю, что лишаю врача возможности получения более точной и достоверной информации о состоянии моего здоровья.

Я понимаю, что факт дачи мною согласия на медицинское вмешательство имеет соответствующие юридические последствия. Я подписываю настоящее согласие на медицинское вмешательство, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя либо иных лиц, обладая необходимой информацией для принятия решения.

Подпись пациента (законного представителя):

Подпись врача:

ФИО

ФИО Дзюба Алексей Николаевич

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО И ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ

Уважаемые пациенты!

Любое медицинское вмешательство обращено к достижению блага для здоровья. Именно в информированном согласии выражается то, на что рассчитывает получатель медицинской услуги и чем он готов поступиться ради этого в отношении своего здоровья. В информированном согласии получатель и исполнитель медицинской услуги согласуют как предполагаемое благо для здоровья, так и возможные негативные последствия, оправданные необходимостью достижения такого блага.

Согласно ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323 **любое медицинское вмешательство**, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение заболевания, **допустимо только после получения врачом добровольного информированного согласия пациента в письменной форме.**

Я,
Даю информированное добровольное согласие на проведение терапевтического и эндодонтического лечения зубов мне/

До начала проведения терапевтического и эндодонтического лечения, я получил (а) от медицинских работников и врача интересующую меня информацию о предстоящем лечении, с тем, чтобы я мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение.

Врач, после диагностического обследования, обосновал необходимость проведения терапевтического, эндодонтического лечения зубов.

Последствиями отказа от данного терапевтического, эндодонтического лечения зубов могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление или нарастание болевых ощущений, потеря зуба, а также системные проявления заболевания. Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моем случае, будут иметь меньший клинический успех. Альтернативным методом лечения является удаление пораженного зуба(ов) или отсутствие лечения как такового.

Врач объяснил, что для диагностики и последующего лечения кариеса зубов и его осложнений (воспаление и гибель сосудисто-нервного пучка в каналах зубов), может понадобиться проведение дополнительных диагностических мероприятий (фото и видео съемки без указания моего имени и фамилии) и рентгенологических исследований.

Главная задача при диагностике заключается в определении стадии развития кариозного процесса, количества каналов в зубе, состояние и жизнеспособность тканей в каналах зубов (пульпа зуба), состояние тканей, окружающих зуб, структуру кости и выбора соответствующего метода лечения. В случае необходимости проведения обезболивания в виде местной анестезии, выбор анестезиологического пособия я доверяю лечащему врачу, который предоставил мне всю информацию (техника проведения, используемые препараты, показания и противопоказания, возможные осложнения, альтернативные методы и т.д.) о проведении местного обезболивания. Я даю согласие на проведение комплекса необходимых мероприятий и применение анестезии в процессе лечения.

Врач указал на необходимость лечения кариеса зубов и его осложнений.

Мне объяснены принципы лечения кариеса зубов, которые предусматривают одновременное решение нескольких задач:

- устранение факторов, обуславливающих процесс разрушения тканей зуба;
- предупреждение дальнейшего развития патологического кариозного процесса;
- сохранение и восстановление анатомической формы пораженного кариесом зуба и функциональной способности всей зубочелюстной системы;
- предупреждение развития патологических процессов и осложнений;

Лечение кариеса может включать:

- рентгенологическое исследование(по показаниям)
- проведение местной анестезии;
- наложение коффердама (специальное приспособление, которое используется для изоляции группы зубов. Он крепится на зубах при помощи специального зажима. Коффердам обеспечивает хороший доступ, обзор, защищает зуб от попадания биологических жидкостей)
- устранение микроорганизмов с поверхности зуба бором;
- реминерализующую (восстановление структуры эмали) терапию на стадии «белого (мелового) пятна»(по показаниям)
- фторирование твердых тканей зубов при приостановившемся кариесе(по показаниям);
- сохранение, по мере возможности, здоровых твердых тканей зуба, при необходимости иссечение патологически измененных тканей с последующим восстановлением жевательной поверхности (коронки) зуба пломбировочным материалом;
- выдачу рекомендаций по срокам повторного обращения.

Мне разъяснено, что процесс препарирования – удаления пораженных тканей зуба с помощью бора, может изменить диагноз в следствие глубокого кариозного поражения. В таком случае, мне будет проведено биологическое лечение пульпита, или лечение методом витальной ампутации, или эндодонтическое лечение корневых каналов. Эти методы включает в себя:

- рентгенологическое исследование;
- проведение местной анестезии;
- наложение коффердама;
- механическое устранение микроорганизмов с поверхности зубов бором ;
- наложение защитного покрытия пульпы ПроРут(Pro Root) и его аналогов(при витальной ампутации)(по показаниям);

Применение этого материала способствует сохранению жизнеспособности пульпы зуба, стимулирует образование дентинного мостика при покрытии пульпы;

- механическая и медикаментозная обработка каналов зуба;
- пломбирование каналов зуба;
- пломбирование перфораций стенок зуба или перфораций каналов зуба материалом ПроРут(Pro Root) (по показаниям)

Применение этого материала стимулирует апексогенез и остеогенез,останавливает резорбцию костной ткани.

- восстановление зуба пломбировочным материалом.
- выдачу рекомендаций по срокам повторного обращения.

Если возникает необходимость лечения корневых каналов 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 (например, скол коронки), либо может возникнуть необходимость снятия всей ортопедической конструкции (при этом возможно ее необратимое повреждение).

Мне объяснили, что установка временной пломбы на зуб с пролеченными каналами не является конечным этапом его лечения. Я понимаю необходимость обязательного восстановления постоянной пломбой, коронкой или вкладкой/ накладкой коронковой части зуба после проведения эндодонтического лечения в течение 2-3 недель после постоянной пломбировки корневых каналов.

Хотя эндодонтическая терапия имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех. Я поставлен (а) в известность о возникших обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказания услуг и возможных осложнениях при лечении.

Мне также было объяснено, что несмотря на качественно проведенное лечение, в 10% случаев терапия может быть неэффективной и не привести к желаемому результату. В этом случае зуб может потребовать дополнительного вмешательства (цистэктомии и резекции верхушки корня) или быть рекомендован к удалению.

Врач понятно объяснил мне все возможные осложнения, которые могут произойти во время лечения осложненных форм кариеса, а именно: -- после наложения зажимов коффердама возможны болевые ощущения, отёк, кровоточивость десны в области леченного зуба (проходят в течении 3-4 дней)

--имеется определенный процент (5-10 %) неудач эндодонтического лечения, что может потребовать: перелечивания корневых каналов в будущем, проведения хирургических операций в области корней зубов (для устранения воспалительного процесса), удаления зуба.

---во время лечения корневых каналов возможна поломка инструментов, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала, либо инструмент может разрушить (перфорировать) стенку корня зуба. Хотя это происходит редко, тем не менее, такие осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и могут повлечь за собой потерю зуба в перспективе.

---при перелечивании (ранее леченных) корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается, и зависит от с возможности безопасного и полного удаления старой корневой пломбы, металлического штифта из корневого канала; невозможностью прохождения каналов на всю длину и воздействия на микроорганизмы внутри канала (повышенная кальцификацией корневых каналов, особенности строения каналов).

---при лечении искривленных корневых каналов и каналов, имеющих анатомические особенности строения и количества, процент поломки инструментов, перфораций и переломов корня увеличивается, это влияет на прогноз успешности лечения.

---при лечении осложненных форм кариеса биологическим методом, методом витальной ампутации, закрытии перфораций каналов и стенок зубов препаратом ПроРут (Pro Root) и его аналогами, возможно потемнение тканей зуба. В этих случаях может возникнуть необходимость в удалении нерва из зуба, пломбировании канала и (или) повторной постановки пломбы.

---другие осложнения, требующие госпитализации и проведения стационарного лечения.

Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтической терапии. Для предотвращения подобных последствий, необходимо проведение диагностического исследования «Компьютерная томография», как наиболее информативного.

Мне врач объяснил, что после лечения корневых каналов, форма зуба восстанавливается пломбой, или пломбой и штифтом. Однако, в подавляющем большинстве случаев, после проведения лечения каналов, имеются показания (отсутствие твердых тканей зуба, разрушение коронковой части зуба на 1/2 и более), для **восстановления зуба вкладкой**, с последующим **покрытием ортопедической конструкцией для сохранения** зуба. Я понимаю, что игнорирование данных рекомендаций врача, отражается на качестве достигнутых результатов лечения и не позволяет дать прогноз о сроке службы пломбы и гарантировать сохранение функции зуба.

Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения. Я беру ответственность за выполнение всех назначений, а так же обязуюсь обеспечить своевременное посещение всех необходимых осмотров у врача (по графику, обговоренному с врачом и записанному в истории болезни).

Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии на медикаментозные препараты в прошлом и об аллергии в настоящее время и предоставил(а) всю информацию, касающуюся моего здоровья.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному варианту лечения. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Вся информация была донесена до меня в понятной и доступной форме.

Я внимательно ознакомился (лась) с данным документом и понимаю, что он имеет юридическую силу и несет для меня правовые последствия. Данный документ является приложением и неотъемлемой частью истории болезни.

Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям пациента при получении данной медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления этой услуги. Дополнительные условия мною не выдвигаются. Расширительных требований не имею. Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента (законного представителя):

Подпись врача:

ФИО

ФИО Дзюба Алексей Николаевич

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ.

Уважаемые пациенты!

Любое медицинское вмешательство обращено к достижению блага для здоровья. Именно в информированном согласии выражается то, на что рассчитывает получатель медицинской услуги и чем он готов поступиться ради этого в отношении своего здоровья. В информированном согласии получатель и исполнитель медицинской услуги согласуют как предполагаемое благо для здоровья, так и возможные негативные последствия, оправданные необходимостью достижения такого блага.

Согласно ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323 **любое медицинское вмешательство, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение заболевания, допустимо только после получения врачом добровольного информированного согласия пациента в письменной форме.**

Я,

Даю информированное добровольное согласие на проведение терапевтического и эндодонтического лечения зубов мне

1. Профессиональная гигиена полости рта – это комплекс процедур, направленных на оздоровление органов и тканей полости рта и профилактику возникновения и прогрессирования стоматологических заболеваний. Во время процедуры с поверхности зубов удаляется то, что невозможно удалить, проводя ежедневную индивидуальную гигиену в домашних условиях: плотный зубной налет, пигментированный налет, зубные камни.

Цель медицинской манипуляции: профилактика заболеваний зубов и тканей пародонта.

Этапы профессиональной гигиены:

-очищение зубов (снятие мягкого и твердого налета) проводится специальными щеточками, зубной нитью и пастой, подбираемой для соответствующего возраста пациента

-при необходимости применяется аппаратное очищение

-полирование эмали зубов

-нанесение специального минерального геля для укрепления эмали(по показаниям)

-обучение индивидуальной гигиене полости рта

Возможные осложнения: в редких случаях возможны аллергические реакции

Возможны дискомфортные состояния:

- боль, отек(припухлость) десны и мягких тканей;

- кровотечение, образование гематомы, после чего для выздоровления может потребоваться несколько дней;

- выпадение дефектных пломб и назубных украшений ;

-растяжение уголков рта с последующим их растрескиванием;

Ощущения пациента зависят от индивидуальной чувствительности организма. Как правило, процедура безболезненна и не требует обезболивания. Неприятные ощущения могут быть вызваны необходимостью установки ретрактора, применения пылесоса и слюноотсоса (рвотный рефлекс, пересушивание) и проявляются лёгким покалыванием слизистой.

Иногда после гигиены возможна болевая реакция на холодные раздражители, дискомфорт при чистке зубов в домашних условиях щеткой с пастой, повышенная чувствительность зубов, болезненные ощущения в деснах, появление или усиление подвижности зубов, обнажение корня зуба.

Эти ощущения проходят через 1-2 дня.

Прогнозы: снижение микробной нагрузки, восстановление естественного цвета зубов.

Мне сообщена, разъяснена врачом- стоматологом информация о гарантиях, а именно: невозможность обозначения сроков гарантии по причине специфики данной процедуры, индивидуальных особенностей организма (скорость образования мягких и минерализованных зубных отложений), технологии (методов) и материалов, которые будут использованы в процессе проведения процедур.

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

2. Реминерализующая терапия – это лечебно-восстановительная методика, способствующая приведению в норму минерального состава зубной эмали, проводится с целью профилактики кариеса и лечения очаговой деминерализации зубов, повышения кариесорезистентности (устойчивости к кариесу) зубов.

Основными структурными элементами зубов являются кальций и фосфор, на долю которых в среднем приходится 57% массы здоровой эмали зуба. Именно поэтому реминерализацию зубов проводят с применением составов, содержащих кальций и фосфор. Для повышения эффективности ремтерапии сочетают с применением фторидсодержащих препаратов (фтор участвует в формировании зубов и костей).

Процедура проведения:

Вне зависимости от того, в домашних условиях проводится реминерализация или в клинике, необходима профессиональная гигиена полости рта для удаления всех зубных отложений (реминерализующие средства должны вступать в непосредственный контакт с эмалью).

Если реминерализацию планируется проводить в домашних условиях, с зубов снимаются слепки для

изготовления специальных кап. В домашних условиях реминерализующий гель наносится на капы, которые пациент носит в соответствии с указаниями врача (длительность аппликаций и периодичность зависят от назначенных препаратов).

Если реминерализация проводится в клинике, после профессиональной гигиены на зубы специальной щеточкой наносится назначенный врачом препарат.

Аппликации, как правило, проводятся в течение 2-3 сеансов 1-2 раза в год.

Возможные дискомфортные состояния: попадание небольшого количества препарата со слюной в желудочно-кишечный тракт, необходимость не разговаривать в течении времени, пока капка находится в полости рта.

Возможные осложнения при проведении процедур:

- разжевывание капы и попадание отдельных ее элементов в желудочно-кишечный тракт
- аллергические реакции (в редких случаях)

Прогнозы: проведение реминерализации 1-2 раза в год способствует редукции прироста кариеса зубов на 36-40%.

Текст настоящего информированного согласия мне понятен, неясные для меня термины, фразы отсутствуют. Я понимаю цель и смысл рекомендаций и назначений врача. На все вопросы, заданные мною, получены подробные и ясные мне по содержанию разъяснения.

Я понимаю, что перечисленные осложнения, риски и дискомфортные состояния являются неблагоприятными последствиями медицинской процедуры, которые нельзя полностью исключить и которые не зависят в полной мере от действий (бездействий) медицинского персонала. Я понимаю, что возникновение указанных осложнений, таким образом, не является следствием некачественно оказанной мне услуги (дефектом медицинской услуги).

Я понимаю, что врач не может гарантировать мне определенный результат лечения. Я понимаю также, что прогноз выздоровления (улучшения моего состояния) дается врачом исходя из собственного врачебного опыта и данных медицинской статистики.

Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии у меня к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я подтверждаю, что Исполнителем мне предоставлена полная и исчерпывающая информация, необходимая для осознанного выбора способа дальнейшего медицинского вмешательства в отношении меня согласно поставленному мне диагнозу и Прейскуранту цен на данные услуги.

Я даю согласие на фотосъемку в процессе лечения и возможное использование фотоматериалов в научных и рекламных целях.

Я даю согласие на то, что в процессе лечения ряд манипуляций может выполняться сертифицированными специалистами клиники под контролем лечащего врача.

Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям пациента при получении данной медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления этой услуги. Дополнительные условия мною не выдвигаются. Расширительных требований не имею.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Я понимаю, что настоящее Информированное согласие является юридическим документом. Подписывая его, я подтверждаю надлежащее выполнение Исполнителем своей обязанности по информированию меня, как Заказчика о сущности оказываемой мне услуги.

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 (дату согласия) относительно проводимых со мной медицинских манипуляций, а также дальнейшего соблюдения рекомендаций врача.

Подпись пациента или законного представителя:

Подпись врача:

ИО

ФИО Дзюба Алексей Николаевич

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ.

Уважаемые пациенты!

Любое медицинское вмешательство обращено к достижению блага для здоровья. При этом необходимым является и частичное повреждение здоровья. Именно в информированном согласии выражается то, на что рассчитывает получатель медицинской услуги и чем он готов поступиться ради этого в отношении своего здоровья. В информированном согласии получатель и исполнитель медицинской услуги согласуют как предполагаемое благо для здоровья, так и возможные негативные последствия, оправданные необходимостью достижения такого блага.

Согласно ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323 **любое медицинское вмешательство**, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение заболевания, **допустимо только после получения врачом добровольного информированного согласия пациента в письменной форме.**

Я, _____, соглашаюсь на проведение рентгенологического обследования, которое будут проводить врачи ООО «Дента+».

Мне в доступной для меня форме сообщена информация о проведении рентгенологического обследования в стоматологии. Я понимаю, что целью рентгенодиагностики в стоматологии является диагностика стоматологических заболеваний, динамический контроль процесса лечения и его качества, а также оценка эффективности лечения в ближайшие и отдалённые сроки.

Видами рентгена в стоматологии являются:

- дентальное рентгенологическое обследование - пациент удерживает датчик визиографа в соответствии с инструкциями мед. персонала.
- панорамный снимок - применяется для получения снимка челюстно-лицевой области в плоскостном изображении в связи с чем может быть недостаточен для диагностики. При этом методе врач получает возможность увидеть единую картину зубочелюстного аппарата, куда входят зубы, суставы верхней челюсти, пазухи носа. Показан при исправлении прикуса брекетами и имплантации зубов.
- компьютерная томография - позволяет получить снимок зубов на верхней и нижней челюстях в трёхмерной проекции, исключает какие-либо искажения и позволяет проводить точные измерения.
- Визиографическое рентгенологическое обследование - цифровая система обработки рентгеновских снимков с высоким качеством детализации.

Преимуществами рентгенодиагностики является возможность диагностировать присутствие пораженных кариесом тканей зубов, глубину поражения зуба, в том числе под пломбами, наличие кист, гранулём и других новообразований, очаги инфекции в корневых каналах, проблемы при росте зуба мудрости, челюстно-лицевые переломы, скрытые зубочелюстные аномалии, неправильный прикус у взрослых и детей, непрорезавшиеся зубы, инородные тела в каналах зубов и в костной ткани.

Максимально допустимая доза рентгеновского облучения – 1000 мкЗв в год. Доза облучения при выполнении рентгенодиагностического обследования регистрируется в Листе учёта дозовых нагрузок при проведении рентгенодиагностического обследования, который вклеивается в медицинскую карту стоматологического больного на имя пациента. Рентгенодиагностическое обследование в клинике проводится с применением исправной сертифицированной аппаратуры, с безопасной дозой облучения и минимальным риском возможных неблагоприятных последствий. К эксплуатации рентгенодиагностической аппаратуры допускаются сотрудники клиники, прошедшие специальное обучение. При получении рентгенодиагностического снимка плохого качества, в том числе в связи с трудностью позиционирования, необходимо повторное выполнение снимка (при движении Пациента во время выполнения обследования, при наличии большой мышечной массы и плотности тканей лица и т.д.), а также выполнение снимка в другой проекции. Кроме того, в процессе стоматологического лечения может потребоваться дополнительное прицельное рентгенодиагностическое обследование отдельных зубов и периапикальных тканей.

Противопоказаниями для рентгенодиагностического обследования являются: беременность в первом триместре, отягощённый анамнез жизни и заболевания (пребывание в зонах радиоактивного заражения, проведение пациентом курса лучевой и химиотерапии при онкологических заболеваниях менее чем за 6 месяцев до проведения рентгенодиагностического обследования, выполнение других рентгенодиагностических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой, работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений). Кроме того, рентгенодиагностические обследования не проводятся пациентам, имеющим повышенный рвотный рефлекс, ярко выраженную патологию прикуса (скрученность, дистопия зубов, ретрузия и протрузия).

Беременность может являться индивидуальным противопоказанием к проведению рентгенодиагностики на любом сроке, поэтому следует предупредить врача и назвать точный срок беременности и особенности её протекания. Я понимаю, что необходимо предупредить врача о наличии вышеуказанных противопоказаний до проведения рентгенодиагностического обследования. Пациент или его законный представитель вправе отказаться от рентгенодиагностического обследования, при этом при отказе от проведения необходимого рентгенодиагностического обследования осуществление качественного стоматологического лечения и отсутствие осложнений после лечения не может быть гарантировано.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей и зубов (ортопантограммы, денальной компьютерной томографии, прицельной радиовизиографии) до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров.

Я понимаю что при отказе от рентгенологического обследования повышается вероятность наступления осложнений и не достижения цели лечения по не зависящим от врача причинам.

Я информирован(а) о противопоказаниях к рентгенологическому обследованию: беременность на протяжении всего срока и период лактации; пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение курса лучевой терапии менее чем за шесть месяцев до настоящего времени; выполнение рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой; работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Мне сообщено, что при получении рентгенограммы неудовлетворительного качества (в случаях: движения пациента во время процедуры, большой мышечной массы и плотности тканей лица, не сработал должным образом аппарат и т.д.) необходимо выполнение повторного рентгеновского снимка. Доза облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок. Для практически здоровых лиц годовая эффективная доза при проведении профилактических медицинских рентгенологических процедур и научных исследований не должна превышать 1 мЗв (1000μЗв). 1 обследование КТ - 80μЗв, ОПТГ- 80μЗв, 1 радиовизиографический снимок RVG(прицельный) - до 12μЗв.

Подписанием этого документа я выражаю своё согласие на проведение рентгенологического исследования.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является **свободным** и **добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение рентгенологического исследования на предложенных условиях.

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, а также дальнейшего соблюдения рекомендаций врача.

Подпись пациента (законного представителя):

Подпись врача:

ФИО

ФИО Дзюба Алексей Николаевич

	Профилактические мероприятия :	
	-профессиональная гигиена полости рта	

Необходимо обратиться к следующим специалистам

Ортопед
Ортодонт
Имплантолог

Терапевт
Хирург

Пародонтолог
Гигиенист

Предварительный план составил доктор _____

Резюме пациента.

Я имел(а) возможность задать любые вопросы врачу ООО «Дента+» и получил (а) ответы на интересующие меня вопросы. Мне разъяснили значение всех слов и медицинских терминов, связанных с реализацией плана лечения. Я ознакомлен (а) с предварительным планом лечения и проинформирован (а) о возможности изменения объема лечебных манипуляций в процессе лечения. План и объем лечения, необходимость возможного дополнительного обследования мне понятны. Я поставлен (а) в известность о том, что стоимость лечения является предварительной и может меняться в зависимости от изменения объема лечебных манипуляций и действующего на момент оказания услуги прайс-листа клиники.

Я поставлен (а) в известность о том, что необходимо соблюдать гигиену полости рта и регулярно проходить профилактические осмотры.

Я поставлен (а) в известность о том, что несоблюдение рекомендаций медицинского работника, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на моем здоровье.

Пациент _____