

ДОГОВОР
оказания платных медицинских услуг № _____
г. Барнаул
«__» _____ 20__ г.

именуем__ в дальнейшем «Пациент» (Заказчик), с одной стороны, и Общество с ограниченной ответственностью «Стоматологическая поликлиника НБН», именуемый в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Шумакова Станислава Владимировича действующий на основании Устава и лицензии на медицинскую деятельность № ЛО-22-01-001539 от 11 января 2013 года, с другой стороны, вместе также именуемые "Стороны", заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. Исполнитель на основании обращения Пациента обязуется оказать ему медицинские услуги в объеме и сроки, установленные настоящим договором, а Пациент выплачивает Исполнителю вознаграждение в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

1.2. Исполнитель оказывает услуги по месту своего нахождения по адресу: 656064, Алтайский край, г. Барнаул, тракт Павловский, д.221, пом. Н-5.

1.3. Перечень и стоимость платных медицинских услуг, предоставленных Пациенту, определены в Прейскуранте стоимости услуг и складываются из затрат, связанных с осуществлением настоящего Договора.

1.4. Медицинские услуги должны быть предоставлены в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, в том числе предъявляемыми к качеству медицинских услуг.

1.5. В медицинской карте Пациента указываются все его пожелания, жалобы, поставленный ему диагноз, предложенные варианты лечения и выбранный Пациентом вариант. Под указанной информацией должна стоять подпись Пациента, лечащего врача (иного специалиста), дата внесения записи и номер договора.

1.6. Сроки оказания медицинских услуг, предусмотренных п. 1.1 настоящего Договора, определены в Плане оказания медицинских услуг, являющемся неотъемлемой частью настоящего Договора.

2. Права и обязанности Сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Обеспечить Пациента доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения о:

а) порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг;

б) данных о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

в) сведениях о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

г) других сведениях, относящихся к предмету настоящего Договора.

д) Исполнителем после исполнения договора выдаются потребителю (законному представителю потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

2.1.2. Оказывать Пациенту услуги, предусмотренные п. 1.1 настоящего Договора, а при необходимости и дополнительные услуги в соответствии с требованиями Постановления Правительства РФ от 4 октября 2012 г. № 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг"

2.1.3. Представлять для ознакомления по требованию Пациента:

а) копию учредительного документа Исполнителя, положение о его филиале (отделении, другом территориально обособленном структурном подразделении), участвующем в предоставлении платных медицинских услуг;

б) копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением Перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с данной лицензией.

2.1.4. Соблюдать порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.2. Пациент обязуется:

2.2.1. Соблюдать Правила оказания медицинских услуг Исполнителя.

2.2.2. По запросу Исполнителя представить ему необходимые документы и материалы, предусмотренные Перечнем представляемых документов и материалов.

2.2.3. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

2.2.4. Подписывать своевременно отчеты (акты) об оказании услуг Исполнителем.

2.2.5. Кроме того, Пациент обязан: информировать врача о перенесенных заболеваниях, в том числе СПИД, Гепатит А, В, С, Сифилис, венерические заболевания, туберкулез, инфекционные заболевания, бронхиальная астма, аллергические реакции в том числе на лекарственные препараты, Анестетики и других известных ему аллергических реакциях, о наличии беременности, прохождении курса

Химиотерапии, др. противопоказаниях; соблюдать правила поведения пациентов в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения; выполнять все рекомендации врача, медицинского персонала и третьих лиц, оказывающих ему по настоящему Договору медицинские услуги, по лечению, в том числе соблюдать указания медицинского учреждения, предписанные на период после оказания услуг.

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. Получать от Пациента любую информацию, необходимую для выполнения 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.

2.3.2. Требовать от Пациента соблюдения Правил оказания медицинских услуг.

2.3.3. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.

2.4. Пациент имеет право:

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

2.5. Предоставление Исполнителем дополнительных услуг оформляется дополнительным соглашением Сторон и оплачивается дополнительно.

2.6. Потребитель (заказчик) подтверждает, что ему предоставлена в доступной форме информация о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (работающего у него 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 состоянии здоровья Пациента.

2.7 Потребитель (заказчик) подтверждает, что ему предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в том числе, в государственных бюджетных учреждениях здравоохранения.

2.8. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора.

3. Стоимость услуг и порядок оплаты

3.1. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется, исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта, в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг. Стоимость конкретных платных стоматологических услуг, предоставляемых Заказчику, указывается (содержится) в Приложении № 1 к настоящему договору, являющимся его неотъемлемой частью.

3.2. При лечении и удалении зубов (у детей и взрослых), при проведении хирургических операций расчёт проводится в конце каждого посещения, при этом Пациент (Заказчик) выплачивает Исполнителю сумму, эквивалентную проведённым в данное посещение манипуляциям, оказанным услугам.

3.3. В процессе лечения может возникнуть необходимость в его корректировке (изменении), связанной с возникновением непредвиденных ситуаций (общие и местные реакции организма на введение стоматологических материалов, новые обстоятельства, выявленные в процессе рентгенографии и др. видах диагностики и т.д.). Эти корректировки, безусловно, могут оказывать влияние на общую стоимость. Исполнитель обязан незамедлительно сообщить об этом Пациенту (Заказчику). При этом Пациент (Заказчик) вправе отказаться от дальнейшего лечения и расторгнуть договор, возместив Исполнителю фактически понесенные расходы. Если Пациент (Заказчик) письменно не возражает, лечение продолжается на новых условиях.

3.4. Оплата осуществляется Пациентом путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя.

4. Сроки оказания услуг

4.1.Изготовление несъемных протезов (одиночных коронок) от 7 рабочих дней

4.2.Изготовление несъемных мостовидных протезов от 21 до 28 рабочих дней

4.3.Изготовление съемных протезов от 15 до 21 рабочего дня

4.4.Изготовление съемных и несъемных протезов одновременно от 30 дней до 1,5 месяца

4.5.Лечение одного зуба от одного часа до 2 месяцев, в зависимости от тяжести заболевания и индивидуальных особенностей пациентов.

5. Ответственность Сторон

5.1. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель и Пациент (Заказчик) несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.

5.2. Все возникшие разногласия стороны будут стремиться разрешить путем переговоров.

5.3. Претензионный порядок досудебного урегулирования спора является обязательным. Претензия предъявляется в письменном виде и рассматривается Исполнителем в течение 30 рабочих дней с момента ее получения.

5.4.Исполнитель освобождается от ответственности за наступление осложнений, возникновение побочных результатов, ухудшение первоначально достигнутого результата в случаях: отказа Пациента (Заказчика) от дополнительных обследований, объективно необходимых для назначения и проведения адекватного лечения и профилактики нежелательных возможных осложнений; невыполнения или ненадлежащего выполнения

Заказчиком назначений и рекомендаций лечащего врача и специалистов Исполнителя, в том числе дома; отказа Пациента (Заказчика) от необходимого курса лечения или самовольного прерывания проводимого курса лечения; наличия у Заказчика общих заболеваний, требующих терапевтического лечения, скрытых Заказчиком и, вследствие этого, неучтённых лечащим врачом при назначении лечения; наличия у Заказчика индивидуальной непереносимости и (или) патологической токсической реакции на медикаментозные средства и (или) пломбирочные материалы, выявленных в процессе оказания стоматологической услуги. Кроме того, Исполнитель освобождается от ответственности за наступление осложнений, не связанных с нарушением Исполнителем методик диагностики, профилактики и лечения, в том числе в случаях рецидива периодонтита, повышения или снижения чувствительности слизистой оболочки рта, зубов, кожи лица, замедленного заживления тканей, болевых ощущений; осложнений, связанных с переделкой и (или) исправлением результатов работ, произведённых в другом медицинском учреждении или самим Заказчиком; осложнений, возникших вследствие несоблюдения условий и правил реабилитационного периода при оказании услуг в области ортодонтии.

5.5. Стороны освобождаются от ответственности за невыполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору, возникшее вследствие форс-мажорных обстоятельств, а именно: пожара, землетрясения, наводнения, катастроф, военных действий, решений органов государственной власти и суда, а также иных непреодолимых обстоятельств и их последствий, включая несогласованное отключение энергообеспечения, водообеспечения Исполнителя, если это не вызвано невыполнением Исполнителем обязательств по оплате соответствующих услуг.

6. Гарантии

6.1. Исполнитель гарантирует Заказчику качественное оказание услуг, т. е. соответствие порядкам и стандартам оказания медицинской помощи по данным видам услуг.

6.2. Срок гарантии составляет _____

6.3 В случае несоблюдения указанных ниже требований, пациент лишается права ссылаться на недостатки (дефекты) в работе, возникшие в результате несоблюдения указанных требований:

- В случае отказа пациента от завершения согласованного плана лечения;
- При несоблюдении рекомендаций врача;
- При несоблюдении гигиены полости рта;
- При неявке на очередной профилактический осмотр

7. Порядок разрешения споров

7.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.

7.2. При не урегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

8. Порядок изменения и расторжения договора

8.1. В случае нарушения одной из сторон обязательств по договору другая сторона вправе расторгнуть договор в одностороннем порядке.

8.2 Договор может быть расторгнут, либо изменен также по соглашению сторон.

9. Срок действия договора и иные условия

9.1. Договор считается заключенным со дня его подписания и действует до момента полного оказания услуг Исполнителем Пациенту (Заказчику).

9.2. Договор составлен в двух экземплярах, по одному – для каждой из Сторон.

9.3. До заключения Договора Исполнитель уведомил в письменной форме Пациента (Заказчика) о том, что 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 Заказчика.

10. Сведения о лицензии

Общество с ограниченной ответственностью «Стоматологическая поликлиника НБН» оказывает медицинские услуги на основании Лицензии № ЛО-22-01-001539 от 11.01.2013 на осуществление медицинской деятельности при осуществлении доврачебной медицинской помощи по: рентгенологии, сестринскому делу. При осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, том, числе: при осуществлении специализированной медицинской помощи по: ортодонтии, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической.

Указанная лицензия выдана Главным управлением Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности (Министерство здравоохранения Алтайского края). Министерство здравоохранения Алтайского края находится по адресу: 656031, Алтайский край, г. Барнаул, пр. Красноармейский, 95а. т. (3852) 62-80-98

11. Адреса и реквизиты Сторон

<p>Исполнитель:</p> <p>Общество с ограниченной ответственностью «Стоматологическая поликлиника НБН»</p> <p>Свидетельство о государственной регистрации серия 22 номер 003373974 от 27.09.2011 г., ОГРН 1112223009381, выдано Межрайонной инспекцией ФНС России № 14 по Алтайскому краю</p> <p>Адрес: 656064, Алтайский край, г. Барнаул, Павловский тр-т, д .221, пом. Н-5 ОГРН 1112223009381 ИНН 2222798200 КПП 222201001 тел. +7 (3852) 591-901 СФ ПАО «ПРОМСВЯЗЬБАНК», г. Новосибирск; р/с 40702810204000025156 к/с 30101810500000000816 БИК 045004816</p> <p>_____/Шумаков Станислав Владимирович</p>	<p>Пациент:</p> <p>_____</p> <p>Паспорт _____</p> <p>Адрес места жительства _____</p> <p>Телефон _____</p> <p>_____ / _____</p>
--	---

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
на обработку персональных данных

Я _____

_____ в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" подтверждаю свое согласие на обработку **Обществом с ограниченной ответственностью «Стоматологическая поликлиника НБН»** (далее - Оператор) моих

персональных данных, персональных данных представляемого мной _____ (Ф.И.О.),

включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ДМС, место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны. В процессе оказания Оператором мне (представляемому мной лицу) медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные (персональные данные представляемого мной лица), в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования, лечения и внутреннего учета Оператора.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (в страховую медицинскую организацию, организацию -заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров), обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Стоимость оказанных медицинских услуг

Наименование услуги	Код услуги	Сроки оказания медицинской услуги	Стоимость	Дата оплаты

<p>Исполнитель:</p> <p>Общество с ограниченной ответственностью «Стоматологическая поликлиника НБН»</p> <p>_____ /Шумаков Станислав Владимирович</p>	<p>Пациент:</p> <p>_____</p> <p>_____ / _____</p>
---	--

**Дополнительное соглашение №__ к договору об оказании платных медицинских услуг
от _____ 20__ г.**

г. Барнаул _____

_____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Стоматологическая поликлиника НБН», Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц о юридическом лице №1112223009381 от 10.07.2012г., выданное Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы России №14 по Алтайскому краю, Лицензия № ЛО-22-01-001539 от 11 января 2013г., выданное Главным управлением Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности, именуемое в дальнейшем «Исполнитель/Учреждение», в лице генерального директора Шумакова Станислава Владимировича действующий на основании Устава, с одной стороны,

и

гражданин(ка) _____

именуемый (ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, в дальнейшем совместно именуемые «Стороны», заключили настоящее дополнительное соглашение о нижеследующем:

Стороны пришли к соглашению установить, что при оказании медицинских (стоматологических) услуг согласно согласованного

сторонами плана лечения _____

_____ на основании вкладыша в медицинскую карту стоматологического больного №б/н от «__» _____ 20__ г., стр. карты №__, применяется следующий порядок оплаты медицинских (стоматологических) услуг:

Сумма (руб.)	Срок оплаты денежных средств
Исполнитель: Общество с ограниченной ответственностью «Стоматологическая поликлиника НБН» Свидетельство о государственной регистрации серия 22 номер 003373974 от 27.09.2011г., ОГРН 1112223009381, выдано Межрайонной инспекцией ФНС России № 14 по Алтайскому краю Адрес: 656064, Алтайский край, г. Барнаул, Павловский тр-т, д. 221, пом. Н-5 ОГРН 1112223009381 ИНН 2222798200 КПП 222201001 тел. +7 (3852) 591-901 СФ ПАО «ПРОМСВЯЗЬБАНК», г. Новосибирск; р/с 40702810204000025156 к/с 30101810500000000816 БИК 045004816 _____/Шумаков Станислав Владимирович	Пациент:
	Паспортные данные:
	Адрес:
	Подпись

Оплата производится путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя. Настоящее соглашение является неотъемлемой частью Договора, составлено на одном листе в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

Информированное добровольное согласие пациента на проведение терапевтического и эндодонтического стоматологического лечения.

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ
Я,

_____ (Ф.И.О. гражданина)
даю информированное добровольное согласие на проведение терапевтического и эндодонтического стоматологического лечения в Обществе с ограниченной ответственностью «Стоматологическая поликлиника НБН» Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

1. Я предупрежден(а) о возможности возникновения осложнений в связи с проводимыми манипуляциями вследствие наличия у меня заболеваний полости рта или челюстно-лицевой области, наличием сопутствующих заболеваний, а также в связи с индивидуальными особенностями организма:

- гематома, парез, контрактура жевательной мускулатуры, парестезия (онемение) после проведенной инъекции;
- постпломбировочные боли при накусывании;
- отек мягких тканей;
- возможное попадание пломбировочного материала за верхушечное отверстие зуба при эндодонтическом лечении зуба;
- отлом эндодонтического инструмента в корневых каналах;
- появление околокорневых изменений после пломбировки корневых каналов с плохой проходимостью;
- откол коронковой части зуба при наличии значительного разрушения твердых тканей;
- травма слизистой или мягких тканей полости рта при произвольных движениях пациента.

2. Я предупрежден(а), что в ходе лечения может возникнуть необходимость послабляющего разреза после эндодонтического лечения зуба; возможно его удаление, если лечение не дало положительного результата.

3. Для проведения качественного стоматологического лечения я соглашаюсь на рентгенологическое обследование.

4. Я проинформирован(а) о необходимости выполнения врачебных рекомендаций по уходу за полостью рта после проведенных манипуляций. При несоблюдении рекомендаций врача и при употреблении в первые сутки пищи, содержащей красящие вещества, возможно изменение цвета пломбы. Я также информирован(а) о том, что в соответствии с п.1 ст. 27 ФЗ №323 от 21.11.11 г. "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья.

5. Я согласен(сна) на проведение метода анестезии, выбранного моим врачом.

6. Я осознаю и согласен(сна) с тем, что при лечении каналов зуба положительный результат и исход не гарантирован, однако гарантированно проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов, соблюдение методик.

Я принимаю решение осуществить терапевтическое и эндодонтическое лечение на предложенных мне условиях.

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

От предложенного плана терапевтического стоматологического обследования и лечения отказываюсь, осознаю, что выбор мною не оптимального плана терапевтического лечения отрицательно повлияет на итоговый результат лечения, в том числе, на состояние всего зуба в целом, его эстетические, гигиенические, функциональные качества и т.д., а также осознаю, что отказ от предложенного плана терапевтического стоматологического обследования и лечения может спровоцировать различные осложнения

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

Информированное добровольное согласие пациента на проведение ортопедического стоматологического лечения

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ
Я,

_____ (Ф.И.О. гражданина)
даю информированное добровольное согласие на проведение ортопедического стоматологического лечения в Обществе с ограниченной ответственностью «Стоматологическая поликлиника НБН» Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

1. Меня ознакомили с возможными альтернативными вариантами протезирования, которые в моем случае могут иметь меньший клинический успех (меньшую длительность службы протеза; худшие эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; возможное ухудшение здоровья тканей пародонта и дальнейшее нарушение функции жевательного аппарата, рецидивы деструктивных процессов зубочелюстной системы в целом).

2. При использовании ортопедического метода стоматологического лечения имеется вероятность возникновения непредвиденных обстоятельств, в связи с тем, что специфика медицинской услуги предполагает вмешательство в биологические процессы, не контролируемые в 100% случаев волей человека и не изученные окончательно современной медицинской наукой.

3. Я уведомлен, что через какое-то время, которое зависит от индивидуальной скорости протекания инволюционных (возрастных) процессов, возникает необходимость коррекции либо переделки ортопедической конструкции.

4. Лечащий врач объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, важность соблюдения рекомендаций по срокам лечения, а также необходимость полного восстановления целостности зубных рядов.

5. Последствиями отказа от протезирования могут быть: прогрессирование кариозного процесса и переход его в запущенную стадию с поражением

окружающей кости; перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или вкладкой после проведенного эндодонтического лечения; вторичные деформации зубных рядов; снижение эффективности жевания; ухудшение эстетики и нарушение функции речи; прогрессирование заболеваний пародонта; быстрая утрата оставшихся зубов; прогрессирующую убыль костной ткани в области отсутствующих и рядом стоящих зубов, что в дальнейшем может потребовать манипуляций по восстановлению костной ткани. повышенная стираемость зубов ;нарушение пропорций лица и другие эстетические нарушения или изменения; заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейромышечная патология.

6. Я информирован(а) о том, что коррекция осложнений может потребовать дополнительного лечения.

7. Я понимаю, что в процессе лечения может возникнуть необходимость изменения/дополнения основного плана лечения.

Я доверяю лечащему врачу, в случае необходимости, расширить объем оказываемых услуг до необходимого для надлежащего оказания медицинских услуг или предотвращения вреда состоянию моего здоровья.

Я принимаю решение осуществить ортопедическое стоматологическое лечение на предложенных мне условиях.

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

От предложенного плана ортопедического стоматологического обследования и лечения отказываюсь, осознаю, что выбором мною не оптимального плана протезирования отрицательно повлияет на итоговый результат лечения, в том числе, на продолжительность плана ортопедического стоматологического обследования и лечения может спровоцировать различные осложнения.

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

Информированное добровольное согласие пациента на проведение хирургического стоматологического лечения

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ

Я,

_____ (Ф.И.О. гражданина)

даю информированное добровольное согласие на проведение хирургического стоматологического лечения в Обществе с ограниченной ответственностью «Стоматологическая поликлиника НБН»

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

1. Мне известны последствия отказа от проведения мне операции: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, потеря зуба, а также обострение системных заболеваний организма.

2. Я информирован(а) об основных преимуществах, сложностях и риске хирургического лечения, включая вероятность осложнений. Основные осложнения оперативного лечения обусловлены, в первую очередь, анатомо-физиологическими особенностями моего организма. Хирургическое лечение в области верхней челюсти проводится при непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе. При перфорации дна пазухи носа возможно воспалительное осложнение в этой области. Осложнения оперативного лечения также могут быть обусловлены наличием уже имеющегося хронического либо острого патологического процесса челюстно-лицевой области (остеомиелит, кисты и др.). В процессе лечения возможны – дискомфорт, боль, отек (припухлость) десны и мягких тканей; кровотечение, после чего для выздоровления может потребоваться несколько дней; повреждение соседних зубов и пломб; натяжение уголков рта, с последующим их растрескиванием; повреждение нерва, приводящее к онемению или подергиванию губы, онемению подбородка, десен, зубов, тканей челюсти, языка в оперированном участке (это может продлиться несколько месяцев или остаться постоянным); перелом челюсти; открытие гайморовой пазухи, что потребует проведения дополнительной операции; вывих или подвывих нижней челюсти; после лечения возможны – инфекция, требующая дополнительного лечения; ограничение открывания рта в течение нескольких дней или недель; отечность десны в области проведенной операции или лица; снижение внимания, болевые ощущения, повышение температуры тела, аллергические реакции, явления гайморита; нарушение состава кишечной микрофлоры, которые могут быть в течении нескольких дней и дольше, а так же оставление небольшого кусочка корня зуба в челюсти;

3. Мне известно, что при любом хирургическом вмешательстве неизбежно происходит причинение вынужденного вреда организму для предотвращения вреда от основного заболевания, а также причинение некоторых нравственных и физических страданий. Оказание медицинской помощи является специфическим видом деятельности, проведение медицинских мероприятий, даже при условии их точного соответствия установленным нормам и правилам, медицинским показаниям, не может гарантировать полного выздоровления или иного ожидаемого пациентом результата, поскольку действительность оказанной медицинской помощи зависит не только от выбранной тактики лечения и действий медицинского персонала, но и от индивидуальных особенностей организма, условий жизнедеятельности, иных, не поддающихся точному прогнозированию и учету обстоятельств.

Я принимаю решение осуществить хирургическое стоматологическое лечение на предложенных мне условиях.

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

От предложенного плана хирургического стоматологического обследования и лечения отказываюсь, осознаю, что выбором мною не оптимального плана лечения, изменение сроков и этапности лечения отрицательно повлияют на итоговый результат лечения, последующего протезирования и их отдельный прогноз.

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

Информированное добровольное согласие пациента на проведение стоматологической имплантации

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ

Я,

(Ф.И.О. гражданина)

даю информированное добровольное согласие на проведение стоматологической имплантации в Обществе с ограниченной ответственностью «Стоматологическая поликлиника НБН»
Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

1. Я ознакомлен(а), что целью операции установки дентального(зубного) имплантата является установка в кость челюсти титанового винта, который является прототипом корня зуба. После приживления имплантата производится установка коронки. Средний срок приживления имплантата составляет от 3 до 7 месяцев. Для установки имплантата необходимо проведение местного обезболивания, рассечение слизистой оболочки полости рта в зоне имплантации, формирование канала для установки имплантата с помощью вращающихся инструментов, наложение швов на слизистую оболочку в момент завершения операции.

2. После проведения хирургического этапа имплантации (вживление имплантата и заживления десны) последует ортопедический этап (то есть установка коронки или протеза по ситуации с дополнительным планом протезирования).

3. Я проинформирован(а):

- о возможных негативных последствиях отказа от рекомендованного плана лечения или частичного его выполнения, а именно: атрофия костной ткани; воспаление десны; подвижность зубов, что может привести к необходимости их удаления; патология височно-нижнечелюстного сустава; головные боли, иррадиирующие боли в шею сзади и в мышцы лица; утомляемость жевательных мышц и др.;

- о возможных последствиях под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей; кровоизлияние в месте укола; снижение внимания; аллергические реакции; онемение участков мягких тканей и др.;

- о возможных последствиях приема анальгетиков и антибиотиков и других рекомендованных лекарственных препаратов, а именно: аллергические реакции; изменение витаминного, иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры и др.;

- о возможных осложнениях в ходе и после операции, а именно:

- кровотечение; перфорация имплантатом гайморовой пазухи, с развитием впоследствии синусита (воспаление околоносовых пазух) при манипуляциях в непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе, обусловленная анатомо-физиологическими особенностями человека; отторжение импланта; проникновение импланта в процессе приживления в гайморову пазуху или нижнечелюстной канал. Перелом вращающихся хирургических инструментов; повреждение стенки нижнечелюстного канала и травма нерва, который проходит в челюсти; перелом стенки альвеолярного отростка; отсутствие фиксации имплантата в момент установки; боль, отек, инфекция или изменение цвета слизистой оболочки полости рта и десны; онемение губы, языка, подбородка, щеки или зубов; повреждение имеющихся зубов; открытие гайморовой пазухи и др.

Я принимаю решение осуществить проведение стоматологической имплантации на предложенных мне условиях.

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

От предложенного плана проведения стоматологической имплантации отказываюсь, осознаю, что выбором мною не оптимального плана лечения, изменение сроков и этапности лечения отрицательно повлияют на итоговый результат лечения.

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

Информированное добровольное согласие пациента на проведение неотложного лечения зуба

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ

Я,

(Ф.И.О. гражданина)

даю информированное добровольное согласие на проведение неотложного лечения зуба в Обществе с ограниченной ответственностью «Стоматологическая поликлиника НБН»
Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

1. Лечащий врач разъяснил мне метод и возможные осложнения предложенного лечения и последствия, которые могут возникнуть при отсутствии предложенного лечения, включая перечисленные ниже:

- Ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего доктор назначит лекарственные препараты, если сочтет это нужным.
 - Отечность десны в области леченого зуба или лица после лечения, которые могут сохраняться в течение нескольких дней или больше.
 - Тризм (ограниченное открывание рта), который обычно длится несколько дней, но может и дольше,
 - Переломы инструментов во время лечения корневого канала, связанные с анатомическими особенностями пациента, которые (по усмотрению врача) могут быть оставлены в леченном канале или может потребоваться их хирургическое удаление.
2. В том случае, если положительный результат не будет достигнут вследствие прогрессирования инфекционного процесса (очага), может потребоваться повторное лечение, хирургическое вмешательство в области верхушки корня или удаление зуба.
3. Перфорация корневого канала, возникшая при распломбировании ранее леченного канала зуба или лечении патологически измененного канала, что может потребовать дополнительной хирургической коррекции или привести к преждевременной утрате зуба или удалению. Преждевременная утрата зуба вследствие прогрессирующего заболевания пародонта.
4. Я понимаю, что если в течение ближайшего времени, указанного врачом, такое лечение не будет выполнено, то воспаление может возобновиться или продолжаться, и неотложное лечение корневых каналов для сохранения моего зуба будет неэффективным.
- Я принимаю решение осуществить терапевтическое и эндодонтическое лечение на предложенных мне условиях.

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

От предложенного плана неотложного стоматологического обследования и лечения отказываюсь, осознаю, что выбор мною не оптимального плана терапевтического лечения отрицательно повлияет на итоговый результат лечения, в том числе, на состояние всего зуба в целом, его эстетические, гигиенические, функциональные качества и т.д., а также осознаю, что отказ от предложенного плана терапевтического стоматологического обследования и лечения может спровоцировать различные осложнения.

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

Информированное добровольное согласие пациента на проведение ортодонтического лечения.

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ

Я,

(Ф.И.О. гражданина)

даю информированное добровольное согласие на проведение ортодонтического лечения в Обществе с ограниченной ответственностью «Стоматологическая поликлиника НБН»

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

1. Я получил(а) от своего лечащего врача всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении. Врач тщательно осмотрел мои зубы и полость рта, объяснил все существующие методы лечения. Я обсудил(а) с доктором все положительные и отрицательные моменты предложенных мне методов лечения. Мне понятен план, объем, сроки и цели лечения, возможные осложнения и необходимость возможного дополнительного обследования, изменения сроков лечения и дополнительной оплаты. Мне понятно, что зубы и слизистая оболочка полости рта должны быть санированы (вылечены) до начала ортодонтического лечения.

2. Я предварительно проинформирован (а), что одним из основных факторов успешного ортодонтического лечения является хорошая гигиена полости рта. При несоблюдении мной правил личной гигиены полости рта возможно развитие кариеса на зубах в зонах контакта с ортодонтической аппаратурой. Я согласен(а) с тем, что врач-ортодонт оставляет за собой право принять решение о снятии ортодонтической аппаратуры на любом этапе лечения при неудовлетворительной гигиене полости рта. Контроль гигиены полости рта врач будет осуществлять по индексам гигиены.

3. Я знаю, что ортодонтическая аппаратура - это инородное тело в полости рта. Привыкание к ортодонтическому аппарату происходит в течение 7 - 14 дней. За это время могут возникать болевые ощущения в области зубов верхней и нижней челюсти, натирание слизистой оболочки губы и щеки, нарушения речи. После периода адаптации все неприятные ощущения проходят.

4. Мне известно, что для нормализации прикуса возможно потребуются удаление отдельных зубов на верхней и нижней челюсти. О необходимости удаления зубов врач-ортодонт сообщает до начала ортодонтического лечения. Я предупрежден(а) о возможных обострениях заболеваний тканей пародонта (гингивит, пародонтит, пародонтоз). В этом случае я согласен(а) проводить комплексное лечение у врача-ортодонта и врача-пародонтолога. Я предупрежден(а), что при лечении с применением ортодонтической аппаратуры возможны обострения заболеваний пародонта, обусловленные скрытыми очагами инфекции. В этом случае я согласен(а) проводить комплексное лечение у врача-стоматолога-терапевта.

5. Я предупрежден(а) о необходимости регулярного посещения врача-ортодонта в сроки, указанные в листе назначений. Я уведомлен(а) о том, что невыполнение рекомендаций сопряжено с риском получения неудовлетворительного результата и развития осложнений, несмотря на все усилия доктора и применение самых совершенных аппаратов и методик лечения.

Я согласен(а) тщательно выполнять все рекомендации и понимаю, что ответственность за неблагоприятный исход лечения в случае невыполнения мной рекомендаций врача полностью ложится на меня.

6. Я понимаю, что эстетическая оценка результатов лечения, связанная с изменением моего внешнего вида, субъективна, поэтому эстетическая неудовлетворенность результатом ортодонтического лечения не может быть основанием для предъявления претензий. Я уведомлен(а) о том, что большинство аномалий и деформаций зубных рядов не носят изолированный характер, а связаны со значительными изменениями лицевого скелета в целом. Вследствие этого, а также индивидуальных различий пациентов, существует риск рецидива заболевания и необходимость избирательного повторного лечения, несмотря на полученный результат.

7. Я согласен(а) после окончания активного периода ортодонтического лечения носить ретенционные аппараты в течение всего времени, необходимого для закрепления результата лечения. Я предупрежден(а), что в противном случае может развиться рецидив зубочелюстной патологии. В любом случае, мне будут необходимы систематический контроль, коррекция гигиены полости рта и профилактическое наблюдение. Я понимаю, что в случае нарушения мною рекомендаций врача, графиков профилактического осмотра и курсов профессиональной чистки зубов, ответственность за ухудшение моего стоматологического здоровья в постлечебном периоде ложится на меня. Я разрешаю доктору делать фотографии, рентгеновские снимки, модели, связанные с моим состоянием и лечебными процедурами, использовать их для научных или образовательных целей.

8. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы, у меня не осталось невыясненных вопросов, я доверяю квалификации врача. С суммой и поэтапной формой оплаты согласен (на). Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства.

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

От предложенного плана ортодонтического лечения отказываюсь, осознаю, что выбор мною не оптимального плана ортодонтического лечения отрицательно повлияет на итоговый результат лечения, а также осознаю, что отказ от предложенного плана ортодонтического лечения может спровоцировать различные осложнения.

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

Информированное добровольное согласие пациента на проведение рентгенологического исследования зубочелюстной системы.

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ

Я,

(Ф.И.О. гражданина)

даю информированное добровольное согласие на проведение рентгенологического исследования зубочелюстной системы в Обществе с ограниченной ответственностью «Стоматологическая поликлиника НБН» Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

1. Я до проведения рентгенографии зубов и челюстей, получил (а) от медицинских работников и врача, интересующую меня информацию, о предстоящем рентгенологическом исследовании с тем, чтобы я мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение.

Я информирован(а) о характере рентгенологического исследования, целях, методике и возможных ощущениях во время его проведения. Мне разъяснили, что современное диагностическое оборудование для проведения рентгенографии зубочелюстной системы (дентальной, ортопантомографии и т.п.), **позволяет проводить более одного рентгеновского снимка в процессе стоматологического лечения, без негативных последствий для организма.**

Мне разъяснено, что альтернативным и наиболее информативным, способом рентгенологического исследования зубочелюстной системы является компьютерная томография.

Я даю свое согласие на проведение необходимого количества рентгенологических снимков для достижения успешного результата стоматологического лечения. Количество рентгеновских снимков, связано с диагнозом и методом лечения стоматологического заболевания и зависит от анатомических особенностей организма (строения зубов, челюстей), моего поведения во время проведения процедуры.

Мне сообщено, что не проводится рентгенологическое обследование в следующих случаях: беременность (только по жизненным показаниям); отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф, проведения курса лучевой терапии - менее чем за шесть месяцев до настоящего времени); выполнение других рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой; работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений;

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) всё вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с проведением данной процедуры. На все заданные вопросы я получил(а) ответы, невыясненных вопросов не имею.

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем обследовании и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения..

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)