

ДОГОВОР

на оказание платных медицинских (стоматологических) услуг

город Ярославль

« _____ » _____ 202 _____

Общество с ограниченной ответственностью Центр красоты и здоровья «ТАИС» (ООО ЦКиЗ «ТАИС»), в лице Генерального директора Бахтурина Александра Алексеевича, действующего на основании Устава, прав по должности, лицензии на осуществление медицинской деятельности Л041-01132-76/00360832 от 16.09.2019 г, выданной Департаментом здравоохранения и фармации Ярославской области, Постановления Правительства Российской Федерации от 11 мая 2023 г. N 736, Федерального Закона от 21.11.2011 г № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Закона РФ от 7 февраля 1992 г. №2300-1 "О защите прав потребителей", Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных" и прав по должности, с одной стороны, **именуемый в дальнейшем Клиника (Исполнитель)**, и _____ ***** _____, **именуемый в дальнейшем Заказчик**, с другой стороны, действующих в интересах **Пациента** _____ ***** _____, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Заказчик (Пациент) заказывает и оплачивает, а Клиника, действуя с добровольного согласия и обращения Пациента, обязуется оказать Пациенту платные медицинские (стоматологические) услуги, исходя из диагноза заболевания Пациента и плана лечения, в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья граждан, а так же номенклатурой работ и услуг, указанной в Лицензии на осуществление медицинской деятельности Клиники.

1.2. Настоящий договор обеспечивает реализацию прав Пациента на получение платных медицинских (стоматологических) услуг в клинике Исполнителя, в соответствии с диагнозом и планом лечения.

1.3. Перечень и стоимость платных стоматологических услуг определены в Прейскуранте Исполнителя.

Срок оказания услуги: один год. Досрочное оказание услуги Исполнителем является надлежащим исполнением обязательств.

1.4. Пациент обязуется оплатить оказанные ему платные медицинские услуги в полном объеме, в соответствии с условиями настоящего Договора, по ценам, указанным в Прейскуранте на дату оказания услуг, с которым Пациент обязан предварительно ознакомиться. Окончательная цена устанавливается в приложении к договору и доводится до Пациента.

1.5. Пациент обязан соблюдать все требования Исполнителя, касающиеся как процедуры лечения и рекомендаций врача, явок на приём, так и последующих профилактических мероприятий для достижения наилучшего результата лечения и сохранения гарантийных обязательств.

1.6. По настоящему Договору Пациент является непосредственным потребителем платной медицинской услуги/услуг.

2. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

2.1. Стоматологические услуги по настоящему договору оказываются врачом Клиники, который самостоятельно, добровольно, информировано и осознанно выбран Пациентом из числа соответствующих штатных специалистов Клиники, с учётом диагноза Пациента и согласия врача

2.2. При первичном посещении, в назначенное и согласованное с Пациентом время, врач проводит консультацию и осмотр полости рта Пациента, устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты лечения и диагностики, предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения, о чём подробно информирует Пациента. По результатам первичного осмотра врач составляет и согласовывает с Пациентом ориентировочный план лечения, определяя необходимый для выполнения набор услуг из числа, указанных в лицензиях и Прейскуранте Клиники. В процессе оказания стоматологических услуг, План лечения может изменяться по медицинским и иным показаниям, с предварительного уведомления и согласия Пациента.

2.3. В случае, если Пациенту требуется хирургическое, ортопедическое или ортодонтическое лечение, Пациент направляется врачом к соответствующему специалисту, который составляет и согласовывает с Пациентом ориентировочный комплексный план лечения до начала оказания услуг.

2.4. Пациент соглашается с тем, что при осуществлении врачом первичного ориентировочного плана лечения, в дальнейшем, в процессе оказания услуг, может возникнуть необходимость его корректировки и /или изменения, а также проведения дополнительных методов лечения и обследования (рентген-диагностика, визиография, ОПГ, КТ, консультация врачей стоматологов: хирурга, ортопеда, ортодонта, пародонтолога, гигиениста стоматологического и др.), которые осуществляются соответствующими специалистами Исполнителя, с оплатой, согласно действующего Прейскуранта цен.

2.5. Отказ Пациента от проведения необходимых дополнительных методов лечения и обследования,

рекомендованных врачом по медицинским показаниям, оформляется в письменном виде, с разъяснением Пациенту последствий данного отказа.

2.6. Необходимым условием исполнения договора является ознакомление, заполнение и удостоверение личной подписью Пациента следующих документов: согласия Пациента на обработку персональных данных (ФЗ № 152-ФЗ); настоящего договора; Анкеты о состоянии здоровья; информированного добровольного согласия (ИДС) на каждый вид предстоящего медицинского вмешательства(Приказ МЗ РФ №390н); ориентировочным / комплексным Планом лечения; с гарантийными обязательствами, установленными врачом на конкретные выполненные стоматологические услуги, в соответствии с Положением об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании стоматологической помощи в ООО ЦКИЗ «ТАИС». Отказ Пациента от подписания информированного добровольного согласия означает отказ Пациента от данного вида лечения, оформляется в письменном виде, с разъяснением Пациенту последствий данного отказа.

Стороны договорились о том, что подписание Пациентом ИДС является также подтверждением того, что Пациент достаточно и в доступной форме информирован о порядке и процедуре оказания услуг, о цене на услугу (Прейскуранте), о состоянии своего стоматологического здоровья, об альтернативных способах лечения и их эффективности, о предполагаемых результатах лечения и степени риска лечения, о возможных объективных осложнениях, связанных с особенностями течения заболевания исходя из особенностей организма Пациента, о характере и степени тяжести этих осложнений, о последствиях отказа от предполагаемого лечения и является выражением добровольного информированного согласия Пациента на предложенное медицинское вмешательство на указанных условиях.

2.7. Место оказания услуг – ООО ЦКИЗ «ТАИС», г. Ярославль, ул Чкалова, д.32а

2.8. Услуги оказываются сотрудниками Исполнителя (врачами и средним медицинским персоналом), имеющим соответствующее медицинское образование, в помещении, на оборудовании и материалах Исполнителя, в соответствии с планом лечения и существующими Правилами оказания медицинской помощи в ООО ЦКИЗ «ТАИС».

2.9. **Сроки оказания стоматологической помощи** составляют 1 (Один) год. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с режимом работы Клиники и лицензией.

2.10. *Исполнитель информирует, что в случае возникновения непредвиденных обстоятельств (сложные манипуляции, тяжелое состояние предыдущего пациента и т.п.) возможно ожидание Пациентом приема врачом-специалистом от назначенного времени.*

В случае возникновения непредвиденных обстоятельств (поломка оборудования, болезнь специалиста, оказывающего услугу и т.п.), Исполнитель извещает об этом Пациента лично, либо посредством телефонной связи и срок оказания услуг переносится Исполнителем на другую дату, по согласованию с Пациентом. Если Пациент не указал контактный номер телефона, либо не отвечает на звонок из клиники на указанный им ранее номер, Исполнитель не несет ответственности за не уведомление о переносе сроков предоставления медицинских услуг.

2.11. Иные условия порядка оказания услуг, не оговоренные в настоящем пункте договоре, указаны в Правилах оказания медицинской помощи в ООО ЦКИЗ «ТАИС», размещенных на официальном сайте www.tais-yaroslavl.ru или в информационных папках, находящихся в зоне ожидания клиники Исполнителя.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. Установить предварительный диагноз, определить методы и возможные варианты лечения и диагностики, предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения, составить и согласовывать с Пациентом ориентировочный план лечения, определяя необходимый для выполнения набор услуг из числа указанных в лицензии и Прейскуранте Клиники.

3.1.2. Обеспечить качественное оказание стоматологических услуг в рамках согласованного плана лечения, в соответствии с медицинскими показаниями. Сроки ожидания оказания медицинских услуг гарантируются в рамках программы территориальной гарантии бесплатного оказания медицинской помощи. Сроки ожидания оказания медицинских услуг в ООО «ЦКиЗ Таис» составляют до 45 рабочих дней и зависят от количества врачей в данный период обращения, их загруженности, сроков поставки медицинских изделий.

3.1.3. Определить для Пациента по каждому виду оказанной услуги гарантийный срок, с объяснением причин и обстоятельств, которые позволили или нет его установить, а также обязательные условия, при соблюдении которых гарантийные сроки будут выполняться Исполнителем. Для достижения наилучшего результата, пациенту рекомендуется соблюдать следующие условия оказания услуги: своевременная явка на приём, добросовестное соблюдение Пациентом тщательной гигиены полости рта и регулярные визиты в Клинику на контрольные (профилактические) осмотры не реже 1 раза в 6 месяцев. Датой начала гарантийного срока является дата завершения оказания медицинской услуги, датой окончания – следующий день после истечения гарантийных обязательств, указанных в медицинской документации Пациента.

3.1.4. Осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с требованиями законодательства, обеспечить неразглашение информации, составляющей врачебную тайну, в соответствии со статьей 13 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», защиту персональных данных, используемых в медицинских информационных системах, в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

3.1.5. Выдать Пациенту по его письменному запросу выписки из медицинских документов относительно его лечения в сроки и по формам, установленным законодательством РФ.

3.1.6. Иные обязанности Исполнителя, не оговоренные в настоящем пункте договоре, указаны в Правилах оказания медицинской помощи в ООО ЦКИЗ «ТАИС», размещенных на официальном сайте www.tais-yaroslavl.ru или в информационных папках, находящихся в зоне ожидания клиники Исполнителя.

3.2. Пациент (Заказчик)обязан:

3.2.1. Ознакомиться, заполнить и удостоверить личной подписью документы, предусмотренные п.2.6. Договора. Ознакомиться с официальной информацией об Исполнителе, действующем Прейскуранте, Правилах оказания медицинской помощи, Положением об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании стоматологической помощи в ООО ЦКИЗ «ТАИС».

3.2.2. Для эффективности диагностики и лечения, Пациент до начала осмотра и оказания услуг обязан предоставить Исполнителю достоверные сведения о перенесенных и хронических заболеваниях, в том числе психических, об имеющихся аллергических реакциях и противопоказаниях к применению каких-либо лекарств или процедур, наблюдении у нарколога, о контакте с инфекционными больными посредством собственноручного заполнения Анкеты здоровья. При изменении состояния здоровья, Пациент своевременно и собственноручно вносит данные в Анкету здоровья.

3.2.3. Для достижения и сохранения результатов лечения Пациент обязуется выполнять назначения и рекомендации врача, соблюдать установленные врачом план лечения и даты явок на приём, соблюдать тщательную гигиену полости рта, профилактические мероприятия, проходить регулярный профилактический осмотр у лечащего врача 1 раз в 6 месяцев, выполнять профилактическую гигиену 1 раз в 6 месяцев, если иной срок не установлен врачом.

3.2.4. При прохождении лечения незамедлительно сообщать врачу о любых изменениях своего самочувствия.

3.2.5. Уважительно относиться к сотрудникам Клиники, не предпринимать действий, способных нарушить права других пациентов, соблюдать Правила оказания медицинской помощи в ООО ЦКИЗ «ТАИС» размещенном на официальном сайте www.tais-yaroslavl.ru или в информационных папках, находящихся в зоне ожидания клиники Исполнителя.

3.2.6. В случае невозможности явки в назначенное время, обязательно предупредить об этом администратора Клиники по телефонам **+7 (4852) 28-02-25, 28-26-76** за сутки до приёма.

3.2.7. Пациенты, опоздавшие на прием более чем на 15 минут от назначенного времени, получают данные медицинские услуги в другое время, по согласованию с лечащим врачом и сотрудником регистратуры Клиники;

3.2.8. Во время действия настоящего Договора в случае необходимости получения экстренной медицинской помощи в иных учреждениях Пациент обязан уведомить об этом Исполнителя любым удобным способом, а также предоставить Исполнителю медицинскую документацию и диагностические снимки, подтверждающие проведенное экстренное медицинское вмешательство.

3.2.9. В случае изменения состояния здоровья, связанного с точки зрения Пациента с проведенным в клинике Исполнителя лечением, немедленно сообщить об этом лечащему врачу или администратору клиники Исполнителя, и явиться в назначенное время на консультацию (осмотр) и лечение к Исполнителю.

3.2.10. В помещении Клиники соблюдать требования и рекомендации, установленные действующим законодательством, по предупреждению распространения коронавирусной инфекции (COVID-19), до отмены.

3.2.11. Иные обязанности Пациента (Заказчика), не оговоренные в настоящем пункте договоре, указаны в Правилах оказания медицинской помощи в ООО ЦКИЗ «ТАИС», размещенном на официальном сайте www.tais-yaroslavl.ru или в информационных папках, находящихся в зоне ожидания клиники Исполнителя.

3.3. Исполнитель имеет право:

3.3.1. Требовать и получать от Пациента информацию, необходимую для качественного и полного оказания Услуг по настоящему Договору. В случае не предоставления либо неполного или недостоверного предоставления Пациентом информации, Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору. Все неблагоприятные последствия лечения, связанные с не предоставлением, неполным либо недостоверным предоставлением информации, возлагаются на Пациента, и претензии по этим случаям не принимаются.

3.3.2. Вносить изменения в План лечения Пациента по виду, объему и срокам Услуг, по медицинским показаниям с предварительного уведомления и согласия Пациента.

3.3.3. В случае возникновения неотложных состояний у Пациента, Исполнитель вправе осуществлять действия в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», в том числе принимать решение о вызове скорой неотложной помощи, медицинском вмешательстве в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно.

3.3.4. В одностороннем порядке изменить предварительно определенный объем оказываемых медицинских услуг в случае, если существует угроза жизни или здоровью Пациента/Заказчика.

3.3.5. В одностороннем порядке вносить изменения в Прейскурант цен, исходя из финансово-экономической ситуации в Клинике.

3.3.6. Требовать от Пациента бережного отношения к имуществу Исполнителя и соблюдения им Правил оказания медицинской помощи.

3.3.7. Отказать Пациенту/Заказчику в оказании медицинской помощи в случае нарушения им условий п. 3.2. Договора.

3.3.8. Самостоятельно определять (изменять) график работы специалистов, непосредственно предоставляющих медицинскую услугу. Заменить врача-специалиста в случае объективной невозможности оказания им медицинских услуг или перенести время приема, по согласованию с Пациентом.

3.3.9. Отказать в оказании платных медицинских услуг Пациенту в следующих случаях:

- если не дано согласие на обработку персональных данных, информированное добровольное согласие на лечение, не заполнена Анкета здоровья, если Пациент настаивает на лечении, угрожающем его жизни или здоровью, и /или Пациент отказывается заключить настоящий договор,
- при выявлении у него медицинских противопоказаний или состояния здоровья, ограничивающего или делающего невозможным предоставление медицинских услуг;
- в случае обнаружения противопоказаний к проведению медицинского вмешательства до начала или в ходе их оказания, либо ставшей заведомо известной невозможности достичь положительного результата лечения;
- если у Пациента имеются острые состояния;
- если Пациенту не требуется неотложная помощь.

3.3.10. Иные права Исполнителя, не оговоренные в настоящем пункте договоре, указаны в Правилах оказания медицинской помощи в ООО ЦКИЗ «ТАИС», размещенном на официальном сайте www.tais-yaroslavl.ru или в информационных папках, находящихся в зоне ожидания клиники Исполнителя.

3.4. Пациент/Заказчик имеет право:

3.4.1. На выбор врача с учётом специализации врача и его согласия, а также удобного времени явки на прием из имеющегося свободного.

3.4.2. На проведение консилиума врачей и консультации других специалистов Клиники, по его письменному заявлению с обоснованием причин необходимости проведения данного консилиума.

3.4.3. В любое время отказаться от лечения в Клинике посредством предоставления письменного отказа от лечения и при условии полной оплаты оказанных услуг и всех понесенных Исполнителем затрат по договору. В данном случае Заказчик (Пациент) не вправе предъявлять в дальнейшем Исполнителю претензии по качеству незавершенного лечения.

Авансовые платежи, перечисленные Клинике Пациентом ранее, и суммы неизрасходованных при лечении денежных средств возвращаются Пациенту по его письменному заявлению, за исключением затрат Исполнителя, связанных с приобретением материалов (аппаратов) для проведения лечения данному Пациенту, а также проведенной работы Исполнителей (вознаграждение Исполнителя).

3.4.4. Иные права Пациента, не оговоренные в настоящем пункте договора, указаны в Правилах оказания медицинской помощи в ООО ЦКИЗ «ТАИС», размещенном на официальном сайте www.tais-yaroslavl.ru или в информационных папках, находящихся в зоне ожидания клиники Исполнителя.

3.5. Стороны обязуются незамедлительно уведомлять друг друга о всех непредвиденных случаях, возникающих как в процессе оказания медицинских услуг, так и в период гарантийных обязательств, в рамках настоящего Договора.

4. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

4.1. Стоимость медицинских услуг по настоящему Договору определяется на основании действующего на дату оказания услуги Прейскуранта Исполнителя, исходя из диагноза заболевания Пациента, Плана лечения и фактически оказанных услуг.

4.2. Оплата услуг по настоящему Договору осуществляется Пациентом/Заказчиком путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя, либо безналичным способом с использованием платежных карт или иных электронных средств, либо перечислением на расчетный счёт Исполнителя на основании выставленного Исполнителем счёта. Расчеты между Сторонами осуществляются в российских рублях с предоставлением платежных документов, подтверждающих произведенную оплату.

4.3. Пациент обязуется производить Клинике оплату за оказанную ему стоматологическую

помощь в полном размере, сразу же после ее оказания, за каждый врачебный приём (если иное не оговорено дополнительным соглашением к настоящему договору) на основании актов выполненных работ и действующего Прейскуранта.

При оказании услуг по ортопедическому лечению, Пациент оплачивает услуги по протезированию зубов согласно составленному плану работ и заказу-наряду в следующем порядке: **авансовый платеж не менее 30% от стоимости- при посещении врача до начала выполнения работ, оставшиеся 70% от стоимости - в течение срока выполнения работ, но до даты её сдачи (до установки ортопедического изделия (зубного протеза) в кабинете врача).**

В случае отторжения установленного имплантата после окончания гарантийного срока на ортопедическую конструкцию, повторное протезирование производится за счет средств Пациента с предоставлением ему скидки в размере 30%.

4.4. Пациент вправе досрочно (авансом) произвести оплату за оказываемую ему стоматологическую помощь.

4.5. В случае оказания Клиникой Пациенту стоматологической помощи в рамках заключённого договора по ДМС, оплату за оказанную Пациенту стоматологическую помощь производит страховая компания, в соответствии с Программой и заключённым договором. При этом Пациент обязан предоставить выданный ему компанией страховой полис и паспорт. Все услуги, выходящие за пределы страховой программы, оплачиваются Пациентом на общих основаниях, за счёт собственных средств, в соответствии с условиями настоящего договора.

4.6. Стоимость медицинских услуг, оплаченных Пациентом/Заказчиком, составляет общую сумму настоящего Договора.

4.7. При оказании стоматологической помощи по настоящему Договору льготы по оплате не предоставляются. Категории граждан, имеющих право на скидки, и порядок их предоставления определяется Положением о скидках.

5. КАЧЕСТВО УСЛУГ. ГАРАНТИЙНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА

5.1. Исполнитель гарантирует Пациенту качественное оказание услуг, то есть выполнение составляющих услуги действий методикам и со свойствами, соответствующими обязательным для подобных услуг требованиям, а также в соответствии с технологией, предусмотренной для применяемых при оказании услуг материалов, препаратов, инструментов и оборудования.

5.2 *Гарантийные обязательства устанавливаются врачом на конкретные выполненные стоматологические услуги. Полная информация о сроках и условиях гарантии, сроках службы овецественных результатов услуг Исполнителя содержится в «Положении об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании стоматологической помощи в ООО ЦКИЗ «ТА-ИС», расположенном на официальном сайте www.tais-yaroslavl.ru или в информационных папках, находящихся в зоне ожидания клиники Исполнителя.*

5.3 Осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие индивидуальных особенностей организма, вероятность которых не могут полностью исключить используемые знания и технологии, не являются показателем плохого качества услуги и основанием для предъявления претензий к Исполнителю, если услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований и санитарно-гигиенических требований.

5.4 Возможный дискомфорт, вызванный спецификой стоматологических методик лечения (боль, отёк, покраснение, тризм (ограниченное открывание рта), посттравматические воспалительные явления в слизистой оболочке, ощущение онемения и нарушение чувствительности мягких тканей, затруднённые прием пищи и дикция и т.п.) являясь нормальной реакцией организма на физическое и химическое воздействие препаратов, которое проходит в течение разумного срока и о которых Пациент заранее предупреждается врачом, не являются показателем плохого качества услуги и основанием для предъявления претензий к Исполнителю.

5.5. Гарантийные сроки устанавливаются только на услуги, имеющие овецественный результат, такие как пломбы, вкладки, реставрации, несъемные и съемные зубные протезы, имплантаты. На профессиональную гигиену, отбеливание, хирургические манипуляции и прочие не овецественные результаты услуг, гарантии выражаются только в соблюдении технологий оказания услуги. Медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями организма каждого Пациента.

Срок гарантии на ортопедическое изделие (протеза) исчисляется с момента установки его в кабинете врача, независимо от того пользуется ими в дальнейшем пациент или нет. Срок гарантии не возобновляется при коррекции протезов в процессе носки. В случае отторжения установленного имплантата после окончания гарантийного срока на ортопедическую конструкцию, повторное протезирование производится за счет средств Пациента с предоставлением ему скидки в размере 30%.

5.6. Первичное эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов) зуба может также привести к осложнениям и хирургическому вмешательству по независящим от врача причинам (анатомические особенности строения зуба, гайморовых пазух и ЛОР-заболеваний, общее состояние здоровья Пациента,

наличие хронических заболеваний и их обострение и т.п.).

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в соответствии с условиями настоящего договора. В случаях, неурегулированных договором, стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

6.2. Качество проведенного (проводимого) лечения может быть ухудшено в связи:

- ✓ с нарушением врачебных рекомендаций и режима лечения
- ✓ с возникновением предполагаемых осложнений не по вине Исполнителя
- ✓ при не наступлении результата лечения по причинам, возможность возникновения которых была указана и согласована с Пациентом при получении Информированного добровольного согласия на оказание платных медицинских услуг и иных приложений к настоящему Договору и медицинской документации
- ✓ предъявления претензий Пациента по качеству оказания медицинских услуг после вмешательства самого Пациента или специалиста другой клиники в гарантийную стоматологическую работу или после получения в другой клинике стоматологических услуг, способных прямо или косвенно повлиять на гарантийную стоматологическую работу (конструкцию)
- ✓ после полученных травм, которые прямо или косвенно повлияли на результат работы Исполнителя
- ✓ после истечения сроков гарантии и сроков службы о вещественных результатах услуг

6.3. Нарушение Пациентом посещений врача рассматривается как односторонний отказ от исполнения обязательств, когда делает невозможным оказание услуги в полном объеме Исполнителем (завершения услуги).

6.4. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение (ненадлежащее исполнение) обязательств по договору, если причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) является чрезвычайное и непредотвратимое обстоятельство (непреодолимая сила).

7. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

7.1. Обращения и жалобы относительно порядка, сроков, объема оказываемых медицинских услуг могут быть направлены по электронной почте Исполнителя tais.yar@rambler.ru. Обращение должно быть направлено в формате PDF с подписью Заявителя или его законного представителя.

7.2. Понимая субъективность оценки эстетического и косметического результатов медицинских услуг, в случае возникновения разногласий по вопросу качества оказанных услуг, Стороны пришли к соглашению, что в случае возникновения любой спорной ситуации или претензий Пациента по качеству оказанных ему услуг, Пациент может направить письменное заявление на имя Генерального директора Клиники, в котором указывает обстоятельства, послужившие причиной спора или его претензии. Полученное от Пациента заявление по вопросу качества оказанной ему услуги рассматривается на врачебной комиссии, в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 5 мая 2012 г. N 502н "Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации" и ст. 48 ФЗ от 21.11.2011 г № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в течение 10 дней с даты его получения. Присутствие Пациента на врачебной комиссии не является обязательным. Врачебная комиссия вправе рассмотреть претензию по имеющимся документам.

7.3. Выводы врачебной комиссии по качеству оказанного лечения и ее решение по заявлению Пациента от имени Генерального директора Клиники направляются Пациенту по почте (в том числе электронной по заявлению), либо передается ему под расписку. При согласии Пациента с выводами врачебной комиссии спор считается урегулированным.

7.4. При несогласии Пациента с выводами врачебной комиссии и при не достижении согласия между Сторонами, спор может быть передан на рассмотрение независимого эксперта, имеющего право и лицензию на занятие данной деятельностью или экспертов территориальных организаций Стоматологической ассоциации (общероссийской).

7.5. В определённых сложных случаях, исходя из приоритета интересов Пациента и при достижении между Сторонами Добровольного соглашения об урегулировании претензии, возможно частичное возмещение денежных средств за услугу, в отношении которой возникла претензия. В данном случае, факт выплаты денежных средств со стороны Исполнителя не означает факта признания вины Клиники и того, что оказанная услуга выполнена некачественно.

7.6. Обращения и жалобы относительно оказываемых медицинских услуг могут быть направлены в уполномоченный орган, осуществляющий функции по контролю и надзору в сфере здравоохранения на территории Ярославской области- Территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Ярославской области (Территориальный орган Росздравнадзора по Ярославской области) по электронному адресу info@reg76.roszdravnadzor.gov.ru или почтовому адресу 150049,

8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

8.1. Настоящий договор вступает в силу с даты подписания обеими Сторонами и действует до окончательного исполнения Сторонами всех обязательств, предусмотренных настоящим договором.

8.2. Настоящий договор может быть досрочно расторгнут в одностороннем порядке по инициативе одной Стороны, в случае нарушения другой Стороной принятых на себя обязательств, с соблюдением условий, установленных настоящим Договором. Возобновление расторгнутого договора не производится.

8.3. В случае, если с даты последней явки Пациента на прием к врачу прошло более 5(пяти) лет, истекли гарантийные обязательства Клиники за оказанные услуги, и у Сторон нет письменных претензий друг к другу, настоящий Договор считается утратившим силу.

9. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

9.1. Вопросы, не урегулированные условиями настоящего договора, подлежат разрешению в соответствии с нормам действующего законодательства.

9.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой стороны. Все экземпляры имеют одинаковую юридическую силу. Экземпляр Пациента выдан ему на руки.

9.3. Стороны пришли к соглашению об использовании Исполнителем факсимильного воспроизведения подписи лица, уполномоченного подписывать Договор и все Приложения к нему – Генерального директора ООО ЦКИЗ «ТАИС» Бахтурина Александра Алексеевича. Стороны также договорились, что уведомление по электронной почте, указанной сторонами в реквизитах сторон, является официальным и надлежащим уведомлением.

10. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

10.1. Пациент/ Заказчик подтверждает:

10.1.1. что до заключения настоящего Договора Исполнитель в доступной форме уведомил его:

- о возможности получения соответствующих видов услуг и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной Правительством РФ. Услуги по полису ОМС Исполнитель не оказывает.

- о том, что несоблюдение указаний и рекомендаций врача, предоставляющего медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения и своевременных явок на приём, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя, а также аннулировать гарантийные обязательства.

10.1.2. что до заключения настоящего Договора он внимательно ознакомлен в доступной форме со следующей информацией и документами:

- Положением об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании стоматологической помощи ООО ЦКИЗ «ТАИС»

- Правилами оказания медицинской помощи в ООО ЦКИЗ «ТАИС»

- Информацией о враче-стоматологе, оказывающем стоматологическую услугу, его профессиональном образовании и квалификации;

- Информацией о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи:

- Прейскурантом цен

- уведомлен, что может также, как до подписания настоящего Договора так и в любое время, ознакомиться с указанной информацией, размещенной на официальном сайте www.tais-yaroslavl.ru или в информационных папках, находящихся в зоне ожидания клиники Исполнителя

- что подписание настоящего Договора со стороны Пациента свидетельствует о получении им со стороны Исполнителя доступной, достоверной и полной информации, что он внимательно её изучил, условия вышеперечисленных документов и настоящего Договора ему понятны и он обязуется их выполнять.

- уведомлен и согласен с проведением в Клинике видеозаписи для поддержания общественного порядка, безопасности, требований антитеррористической защищённости объекта, соблюдения дисциплины и контролем за качеством оказания услуг. При этом Исполнитель обязуется не использовать видеоматериалы без соответствующего запроса правоохранительных органов и не передавать их третьим лицам в иных целях.

10.1.3. что подписывая настоящий Договор Пациент делает это сознательно и добровольно, без принуждения, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения.

10.1.4. что Пациент достаточно хорошо владеет устным и письменным русским языком для понимания всего вышеупомянутого, и у Пациента было достаточно времени, чтобы обдумать

данное решение, перед подписанием настоящего Договора.

10.1.5. Заказчик имеет право по письменному заявлению на имя руководителя организации после исполнения договора получить копии медицинских документов, отражающие состояние его здоровья и иные документы и выписки, предусмотренные пп. м п.23 Постановления Правительства РФ от 11.05.2023 N 736

КЛИНИКА

Общество с ограниченной ответственностью Центр красоты и здоровья «ТАИС» (ООО ЦКиЗ «ТАИС»)

Юр.адрес : г. Ярославль, ул. Первомайская, д. 15

Факт. адрес: г. Ярославль, ул. Чкалова, 32а

Тел. (4852) 28-02-25, 28-26-76

ИНН – 7604032093 / ОГРН – 1027600683648

КПП - 760401001

Генеральный директор

_____ Бахтурин

А.А.

(подпись) мп

ЗАКАЗЧИК

Ф.И.О *****

Дата рождения _____

Адрес регистрации _____

Факт место проживания _____

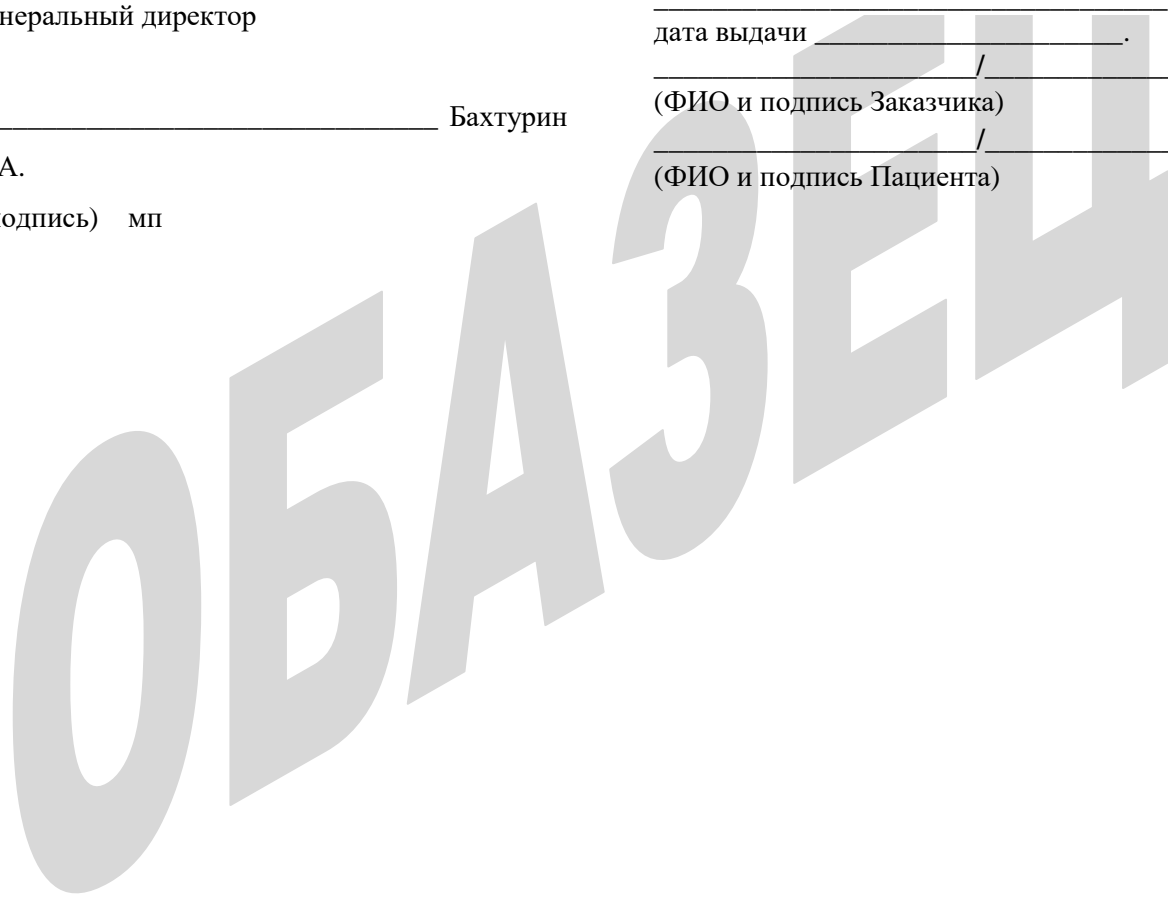
Паспорт _____

выдан _____

дата выдачи _____.

_____/_____
(ФИО и подпись Заказчика)

_____/_____
(ФИО и подпись Пациента)



СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных
в ООО ЦКИЗ «ТАИС»

Я *****

паспорт: _____

Выдан _____

Зарегистрирован (прописан) _____

фактическое местожительства _____

телефон _____ e-mail: _____

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» No 152-ФЗ в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку **Обществом с ограниченной ответственностью Центр красоты и здоровья «ТАИС» (ООО ЦКИЗ «ТАИС»)** г. Ярославль, ул Чкалова, д.32а (ИНН – 7604032093 ОГРН – 1027600683648 КПП: 760401001) (далее- Оператор) персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС); страховой номер индивидуального лицевого счета, сведения о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью; сведения о диагностических мероприятиях, фотопротоколах, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях - 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.

Я также подтверждаю свое согласие и наделяю Оператора правом, при необходимости, проведения оценки качества и эстетического результата оказанных медицинских услуг, разрешая при этом передачу врачам, проводящим оценку качества, персональных данных и информации о состоянии моего здоровья, содержащейся в медицинской документации. В процессе оказания Оператором Пациенту медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам и другим должностным лицам Оператора передавать персональные данные содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, в интересах обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» No 152-ФЗ даю согласие на обработку моих персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Оператор имеет право:

- при обработке моих персональных данных вносить их в списки, реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными службами, учреждениями и организациями;
- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что указанные предоставление и передача будут осуществляться с использованием машинных носителей и/или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять медицинскую тайну.

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты и составляет двадцать пять лет. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я согласен (а) со следующими действиями с моими персональными данными:

1. Обработка моих персональных данных в защищенных в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов;
2. Обработка моих персональных данных, защищенных в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т.ч. и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их

обработку. **Я также даю Оператору свое согласие на использование персональных данных в целях информирования** меня с помощью телефонных звонков и электронной почты с целью напоминания о записи на прием к специалисту или исследование, об обязательных явках, профосмотрах, контрольных осмотрах, а также сообщений информационного характера , в т.ч. об изменениях в расписании клиники, по указанному мною номеру телефона и адресу электронной почты.

Я подтверждаю, что данный документ был мной прочитан и мне разъяснен. Содержание документа мне понятно. Я понимаю, что он является юридическим документом и приложением к Договору. Мне достаточно полученной информации, чтобы дать данное Согласие на обработку персональных данных.

(Ф.И.О, подпись)

дата

Согласие получено, расписался в моём присутствии:

(Должность Уполномоченного представителя Исполнителя, Ф.И.О. подпись)

дата

ОБЯЗАТЕЛЬСТВО

ДОГОВОР ОБСЛЕДОВАНИЯ

г. Ярославль

«__» _____ 202__ г.

Мы, ниже подписавшиеся, **ООО Центр Красоты и Здоровья «ТАИС»**(Свид-во ЕГРЮЛ 76 № 000481292выд. 08.10.2003 ИМФНС по Кировскому р-ну г.Ярославля), именуемое в дальнейшем ИСПОЛНИТЕЛЬ, в лице генерального директора Бахтурина А.А., действующего на основании Устава, лицензии № Л041-01132-76/00360832 16.09.2019г. на оказание медицинских услуг и Постановления Правительства РФ от 11 мая 2023 г. N 736, с одной стороны и гр. ***** именуемый(-ая) в дальнейшем ЗАКАЗЧИК, в интересах пациента ***** , с другой стороны, заключили договор о нижеследующем:

1. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется поручить врачу <СПЕЦИАЛИСТ>: провести в оговоренное с ЗАКАЗЧИКОМ время собеседования и обследования ЗАКАЗЧИКА для установления предварительного диагноза, объема необходимого лечения и исчерпывающе проинформировать ЗАКАЗЧИКА о результатах обследования, отразив результаты обследования в Приложении №1 к договору (Консультация врача-стоматолога). Об ознакомлении с предварительным диагнозом, планом лечения и возможными осложнениями ЗАКАЗЧИК делает письменную отметку в амбулаторной карте.
2. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется ознакомить ЗАКАЗЧИКА с действующим на момент обращения прейскурантом и порядком оказания услуг.
3. ИСПОЛНИТЕЛЬ обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством РФ.
4. ЗАКАЗЧИК обязуется оплатить стоимость услуг, предусмотренных п. 1 настоящего договора, по расценкам действующего на момент обращения прейскуранта.
5. ЗАКАЗЧИК соглашается с тем, что при предварительном обследовании может возникнуть необходимость проведения дополнительных (специализированных) методов исследования (ортопантомография, рентгенография челюстей, зубов и другие необходимые диагностические мероприятия), которые осуществляются ИСПОЛНИТЕЛЕМ за отдельную плату. При отсутствии соответствующих технических возможностей у ИСПОЛНИТЕЛЯ, ИСПОЛНИТЕЛЬ оставляет за собой право направить ЗАКАЗЧИКА в иную специализированную медицинскую организацию
6. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.
7. Стороны устанавливают, что Договор и сопутствующие к нему документы могут быть подписаны от имени сторон с использованием факсимиле.

КЛИНИКА

**Общество с ограниченной ответственностью
Центр красоты и здоровья «ТАИС»
(ООО ЦКиЗ «ТАИС»)**
Юр.адрес : г. Ярославль, ул. Первомайская, д. 15
Факт. адрес: г. Ярославль, ул. Чкалова, 32а
Тел. (4852) 28-02-25, 28-26-76
ИНН – 7604032093 / ОГРН – 1027600683648
КПП - 760401001
Генеральный директор

ЗАКАЗЧИК

Ф.И.О *****
Дата рождения _____
Адрес регистрации _____
Факт место проживания _____
Паспорт _____
выдан _____
дата выдачи _____.
_____/_____
(ФИО и подпись Заказчика)
_____/_____
(ФИО и подпись Пациента)

_____ Бахтурин А.А.

(подпись) мп

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА КОМПЛЕКС ОБСЛЕДОВАНИЙ В ООО Центр Красоты и Здоровья "ТАИС"

1. Настоящее информированное согласие разработано на основании ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 г. №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Приказов Минздравсоцразвития РФ №390н от 23 апреля 2012г., №1177н от 20.12.2012 г.
2. Согласно ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 года №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» любое медицинское вмешательство, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение заболевания, допустимо только после получения врачом добровольного информированного согласия пациента в письменной форме.
3. Информированное добровольное согласие на комплекс обследований дается пациентом либо его законным представителем **один раз при первичном обращении в медицинскую организацию** и действительно в течение всего срока оказания услуг в медицинской организации.

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 под перкутируемым 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, определение 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:

- **ортопантомография** (метод визуализации зубного ряда, полостей носа, плотности и толщины кости, а также диагностики патологий височно-нижнечелюстного сустава при помощи цифрового рентгеновского аппарата);

- **телерентгенография** (рентгенологическое исследование, используемое в ортодонтии, представляет собой боковой либо прямой снимок черепа, позволяет определить правильность расположения верхней и нижней челюсти относительно основания черепа, поставить ортодонтический диагноз, правильно выбрать метод лечения);

- **компьютерная томография** (метод трехмерной визуализации обеих челюстей, придаточных пазух носа и височно-нижнечелюстного сустава с минимальной лучевой нагрузкой для пациента, необходимо при комплексной стоматологической реабилитации, а также некоторых состояниях в эндодонтии, хирургии, пародонтологии, ортопедии);

- **радиовизиография** – цифровой снимок в области 1 зуба.

Процедура проведения: пациент находится в положении стоя на указанном специалистом месте по отношению к аппарату, подбородок устанавливается на специальный упор с прикусником, а рама с датчиком и рентгеновским излучателем поворачиваются вокруг головы пациента.

Противопоказания: беременность; кормление грудью; детский возраст до 5 лет (исследование проводится в определенных клинических случаях по решению лечащего врача); проведение рентгенологического обследования внутренних органов (желудка, кишечника и т.п.), позвоночника в течение одной недели до и после денальной КТ; отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение 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 на пациента: лучевая нагрузка при выполнении ортопантомографии, телерентгенографии – 40 мкЗв (микрозиверт), компьютерной томографии – 40 мкЗв, радиовизиографии – 20 мкЗв. 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);

- **реоодонтография** (метод оценки состояния пульпы зуба, основанный на графической регистрации пульсирующего потока крови по сосудистой системе пульпы зуба);

- **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, при ортодонтическом лечении, 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 назначение мне (либо моему ребенку) любым из специалистов клиники, если их проведение необходимо для постановки или уточнения моего диагноза (диагноза моего ребенка), а также выбора мероприятий по лечению.

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 (здоровья моего ребенка).

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: _____/*****
(подпись пациента) (ФИО полностью)

(подпись) (Ф.И.О. **законного представителя** пациента, если он сам не может подписать, или является несовершеннолетним)

Врач: _____/
(подпись врача) (ФИО полностью)

« _____ » _____ 202__ г.

**Информированное добровольное согласие
на проведение профилактических манипуляций в ООО Центр Красоты и Здоровья "ТАИС"**

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.

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 налёт, пигментированный налёт, зубные камни.

Цель медицинской манипуляции: профилактика заболеваний зубов и тканей пародонта.

Этапы профессиональной гигиены:

- 1) Очищение зубов (снятие мягкого и твердого налета).
- 2) Полирование эмали.
- 3) Обучение индивидуальной гигиене полости рта.

Возможные осложнения: отсутствуют.

Возможные дискомфортные состояния: как правило, процедура безболезненна и не требует обезболивания. Неприятные ощущения могут быть вызваны применением пылесоса и слюноотсоса (рвотные рефлекс, пересушивание), лёгким покалыванием слизистой. Иногда после гигиены возможна болевая реакция на холодные раздражители и дискомфорт при чистке зубов в домашних условиях щеткой с пастой. Эти ощущения проходят через 1-2 дня.

Прогнозы: снижение микробной нагрузки, восстановление естественного цвета зубов.

Я, *****, даю информированное добровольное согласие на профилактические стоматологические манипуляции.

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

Я понимаю, что перечисленные дискомфортные состояния являются последствиями медицинской процедуры, и их нельзя полностью исключить, и они не зависят в полной мере от действий (бездействий) медицинского персонала, и не являются следствием некачественно оказанной мне услуги.

Подпись пациента: _____ /*****
(подпись пациента) (ФИО полностью)

(подпись) (Ф.И.О. законного представителя пациента, если он сам не может подписать, или является несовершеннолетним)

Врач: _____ /_____
(подпись врача) (ФИО полностью)

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА
**(ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА ПОСТОЯННОГО ЗУБА, АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ И
РЕНТГЕНДИАГНОСТИКУ)**

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, *****

(Пациент, Ф.И.О. полностью)

настоящим подтверждаю, что мне **сообщена, разъяснена врачом** _____
(Ф.И.О)

и понятна информация о предстоящем лечении постоянного зуба (-ов).

До начала лечения (медицинского вмешательства) врач предоставил мне в доступной форме полную информацию о целях, методах лечения, показаниях и противопоказаниях к нему, об альтернативных методах лечения, о прогнозе заболевания, нежелательных последствиях при отсутствии лечения, о возможных осложнениях во время и после лечения., связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Врачом Клиники мне предоставлена информация о состоянии моего зуба: кариозном разрушении коронки с последующим возможным инфицированием жизнеспособной мягкой ткани зуба – пульпы, и объяснил значение термина «кариес» (это инфекционная болезнь, протекающая в твердых тканях зуба после его прорезывания, сопровождающаяся постепенным прогрессирующим разрушением тканей зуба). Диагноз подтвержден имеющимися объективными данными при осмотре и при проведении дополнительных методов диагностики –электроодонтометрическом и рентгенологическом (на усмотрение врача). Врач указал на необходимость лечения данного заболевания и проведение профессиональной гигиены полости рта.

Врач Клиники разъяснил мне, что объем лечения включает в себя, при необходимости, адекватное местное обезболивание, препарирование кариозной полости, медикаментозную обработку, наложение индифферентной или лечебной прокладки и постоянной пломбы, либо проведение реминерализующей терапии в начальной стадии кариеса (стадия «белого пятна»).

Я предупрежден(а), что кариозное поражение зуба, которое кажется небольшим на поверхности эмали зуба при осмотре, в действительности может оказаться значительным внутри. Это повлечет за собой большую площадь обработки зуба (снятие пораженных тканей) и, возможно, вскрытие полости зуба, а также объем его восстановления (пломбирования). Я понимаю, что при данной клинической ситуации очень сложно поставить точный диагноз (средний кариес, глубокий кариес или пульпит) и спланировать соответствующее лечение при осмотре, не прибегая к вмешательству. Окончательное решение по плану лечения врач может принять только после того, как проведет препарирование и удалит весь инфицированный дентин из полости зуба. В связи с этим возможно уточнение диагноза и коррекция индивидуально рекомендованного плана лечения, о чём меня уведомит врач.

В отдельных клинических случаях, при необходимости, лечение проводится в два посещения. Я проинформирована(а), что **временная пломба**, наложенная в этом случае в первое посещение, **подлежит обязательной замене в срок не более двух недель**. В противном случае происходит дополнительное инфицирование зуба с возможным развитием осложнений в форме пульпита или периодонтита и потребуются более объемное и длительное лечение, которое будет осуществляться за счёт Пациента. Претензии по данному случаю Клиникой не принимаются.

Врач разъяснил возможные исходы лечения: выздоровление, без изменения, улучшение, ухудшение.

Альтернативными методами лечения кариеса является: изготовление вкладки или накладки; установка коронки; удаление пораженного зуба, отсутствие лечения вообще (не проведение лечения). Я понимаю, что в случае отказа от данного лечения достижение желаемых функциональных и эстетических результатов становится невозможным.

Врач разъяснил, что последствиями в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения могут быть: прогрессирование заболевания кариеса; увеличение разрушения зуба; развитие инфекционных осложнений: пульпита, затем периодонтита и остеомиелита; появление, либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба, нарушение и ухудшение общего состояния организма.

Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях проведенного медицин-

ского вмешательства после постановки пломбы (спустя неделю и более), а именно: острых и хронических форм пульпита и периодонтита (воспаление пульпы зуба вследствие проникновения бактерий из кариозного очага), возникновении самопроизвольных, иррадиирующих (распространенных), ночных болей; болей при накусывании на зуб; распространения хронической инфекции за верхушку зуба в челюстную кость с образованием гранулем и кист, выпадение пломбы, несоответствие пломбы цвету эмали. Общеизвестным является тот факт, что изменение в пульпе зуба, сходные с воспалительными, уже имеют место при глубоком, а иногда и при среднем кариесе. Кариозное поражение может быть настолько глубоким, что происходит повреждение тонкого слоя дентина в процессе обработки зуба, что увеличивает вероятность воспалительных осложнений. Поэтому после постановки пломбы возможно возникновение самопроизвольных болей, а также болей от холодного, горячего, не проходящих после устранения раздражителей. Я понимаю необходимость проведения эндодонтического лечения в случае развития этих осложнений. В данных ситуациях может потребоваться: снятие ранее поставленной пломбы или его части; лечение каналов; постановка новой пломбы, а возможно и коронки.

Указанные выше осложнения не относятся к дефектам оказания медицинской помощи, т.к. зависит от состояния моего здоровья. Лечение будет осуществляться за счёт Пациента. Претензии по данному случаю Клиникой не принимаются.

Я предупрежден(а), что:

- *употребление кофе, крепкого чая и других продуктов, содержащих красители, в течение недели после пломбирования может привести к изменению цвета композиционного материала.*
- *значительные перепады температур (например, употребление кофе с мороженым) изменяют механические свойства композиционного материала и могут привести к сколам пломбы или её выпадению.*
- *для предупреждения скола пломбы из композиционного материала не следует надкусывать предметы, жесткость которых превышает резерв прочности пломбировочного материала (сахар, кости, скорлупа орехов, сахар-рафинад, леденцы и т.д.)*
- *зубной налет при неудовлетворительном уходе за полостью рта может привести к изменению цвета композиционного материала, появлению пигментации по краю пломбы, рецидиву кариеса зубов, выпадению пломбы.*
- *аномалии прикуса ухудшают условия для фиксации композиционного материала в зубе и провоцируют вышеуказанные осложнения.*

Данные ситуации не относятся к дефектам оказания медицинской помощи. Лечение будет осуществляться за счёт Пациента.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях. До начала лечения я ознакомился с Положением об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании стоматологической помощи в ООО ЦКиЗ «ТАИС».

Я предупрежден(а), что даже при успешном завершении лечения нельзя дать гарантии, что зуб, в отношении которого проводилось лечение, в дальнейшем не подвергнется кариозному разрушению и/или перелому, в т.ч. в пределах срока гарантии.

Я предупрежден (а) о невозможности предоставления гарантии на то, что зуб, в отношении которого проводилось лечение, не будет повреждаться вторичным кариесом в будущем, в т.ч. в пределах срока гарантии, даже при данном успешном завершении лечения. В этом случае необходимо будет провести эндодонтическое лечение зуба (депульпирование), что приведет к увеличению объема работ и стоимости лечения. Данная ситуация не относится к врачебной ошибке и не является дефектом оказания медицинской помощи. Лечение будет осуществляться за счёт Пациента. Претензии по данному случаю Клиникой не принимаются.

Мне даны безусловные гарантии, что лечение проводится с применением сертифицированных препаратов, материалов, оборудования; квалифицированным специалистом в соответствии с существующими стандартами лечения и с соблюдением санитарно-гигиенических норм.

Я проинформирован(а), что благоприятный исход лечения напрямую зависит от состояния моего здоровья, в том числе иммунитета, а также от гигиенического состояния полости рта. Я заверяю, что мною Врачу предоставлена вся необходимая и достоверная информация о состоянии здоровья.

Мне также разъяснены врачом и мне понятны риски, связанные с оказанием медицинской помощи, которые не являются дефектом оказания медицинской помощи:

- *Пульпит, периодонтит - может возникнуть в любой срок, требует обязательного лечения;*
- *Скол стенки зуба - может возникнуть в любой срок, потребуются реставрация коронки зуба вкладкой или коронкой;*
- *Изменение цвета пломбы - может возникнуть в любой срок, потребуются шлифовка и обновление поверхностного слоя пломбы. Болевые ощущения могут возникнуть на протяжении первых 2-4 дней и позднее после лечения. При этом может потребоваться удаление пульпы, прием антибиотиков, обезболивающих, десенсибилизирующих препаратов.*

- При проведении анестезии возможно возникновение аллергических реакций (анафилактический шок, крапивница, обморок, удушье, коллапс, отек), астматического приступа, подъема артериального давления, гематомы, затруднения открывания рта, болезненности в месте укола, травмы ветви тройничного нерва с нарушением чувствительности.

Врач разъяснил(а) мне, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования: ОПТГ, прицельных компьютерных (плёночных) снимков, проведения электроодонтодиагностики, компьютерной томографии (3D-снимка), а также необходимость проведения многоэтапного рентгенологического (визиографического) контроля при лечении: на этапе диагностики, во время лечения и для контроля качества пломбирования каналов, а также в отсроченном периоде времени - для контроля состояния тканей периодонта. Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования повышается вероятность наступления вышеуказанных осложнений, увеличивается вероятность снижения эффективности лечения по не зависящим от врача причинам, повышается вероятность отказа врача от продолжения лечения (в плановой ситуации) вследствие возникновения объективной невозможности предоставить требуемую услугу.

Я информирован(а) о противопоказаниях к рентгенологическому обследованию и заверяю, что противопоказания отсутствуют. Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Мне сообщено, что при получении рентгенограммы не удовлетворительного 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.

Врач в доступной форме разъяснил, что лечение будет проводиться под местной инъекционной (аппликационной) анестезией, которая имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции.

Для аппликационной (поверхностной) анестезии используются препараты, отлично проникающие и пропитывающие верхние слои кожи или слизистой оболочки рта, блокирующие рецепторы и периферические нервные волокна, что обеспечивает обезболивающий эффект. Препарат в виде раствора, геля, мази, аэрозоля высокой концентрации наносится стерильным ватным тампоном или палочкой на обрабатываемую область, проникает в слой мягких тканей, снижая их чувствительность. Проникает препарат на глубину до 3 мм. Очень часто такая разновидность анестезии предшествует другому виду обезболивания - инъекционной анестезии.

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 анестезии могут быть: невозможность выполнения медицинской манипуляции, прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. Инъекционная (аппликационная) анестезия приводит к временной потере болевой и температурной чувствительности в области обезболивания, а также временному ощущению припухлости этой области. Я информирован(а) об основных преимуществах, сложностях и риске инъекционной (аппликационной) анестезии, включая вероятность осложнений. 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.

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. При этом я информирован(а), что в ряде конкретных случаях медицинские вмешательства без анестезии невозможны. Альтернативой является отказ от лечения. Современные анестетики, применяются с использованием одноразовых игл и карпул.

Я информирован о том, что в этих случаях, при моём правомерном отказе от использования анестезии, у врача не имеется объективной возможности предоставить требуемую услугу в плановой ситуации. Врач в этом случае не может, по независящим от него обстоятельствам, обеспечить безопасность услуги (ФЗ «О защите прав потребителей») и нарушает право Пациента на гуманное отношения при оказании медицинской помощи (ч.5. ст. 19 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»).

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения, а также для профилактики развития нежелательных результатов в функциональном и эстетическом планах является выполнение мною плана индивидуальных мероприятий, рекомендованных врачом, а также явкана прием для

контрольных осмотров в указанную врачом дату. Я понимаю, что вмешательство проводится в биологической среде в меняющихся условиях, при наличии индивидуальных анатомических особенностей организма. В связи с этим возможны индивидуальные реакции аллергического характера – общие и местные, чувствительность или болезненность, а в условиях недостаточной, с моей стороны, гигиены полости рта - присоединение вторичной инфекции.

Мне названы, со мной согласованы:

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения; сроки проведения лечения,
- стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это.
- со мной согласована предварительная стоимость лечения и я имел возможность ознакомиться с действующим Прейскурантом ООО ЦКиЗ «ТАИС».

Я удостоверяю, что получил (а) полную информацию о состоянии полости рта, заболевании, результатах обследования, прогнозы заболевания, возможных осложнениях заболевания, включая отдаленные последствия; о медицинском вмешательстве: методах лечения, риске, связанном с лечением, возможных вариантах медицинского вмешательства, его результатах и последствиях, включая отдаленные; правах и обязанностях пациента, информации о медицинской организации, осуществляющей медицинское вмешательство.

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 заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил (а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу. Мне понятен смысл сообщенной мне информации, на меня не оказывалось давление, и я осознанно и добровольно принимаю решение о проведении мне медицинского вмешательства.

Я уведомлен о возможности получения услуг без взимания платы в иных организациях в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Стоматологический центр ООО ЦКиЗ «ТАИС» не участвует в реализации выше указанных программ.

Я удостоверяю, что внимательно ознакомлен с полной информацией о сроках и условиях предоставления гарантии, сроках службы о вещественных результатах услуг Исполнителя, причинами аннулирования гарантийных обязательств, указанных в «Положении об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании стоматологической помощи в ООО ЦКиЗ «ТАИС», и согласен с ними.

Я предупрежден(а) Врачом о необходимости обязательных осмотрах при благоприятном исходе: контрольных профилактических осмотрах полости рта 1 раз в 6 месяцев и плановой профессиональной гигиене полости рта 1 раз в 6 месяцев, если иной срок не указан врачом.

Я также заявляю, что я достаточно хорошо владею устным и письменным русским языком для понимания всего вышеупомянутого.

У меня было достаточно времени, чтобы обдумать данное решение, описанное в настоящем документе.

Я даю свое добровольное согласие на лечение кариеса постоянного зуба, соглашаясь с вышеперечисленными пунктами и условиями.

Я даю свое добровольное согласие на проведение мне местной инъекционной (апликационной) анестезии, соглашаясь с вышеперечисленными пунктами и условиями.

Я даю свое добровольное согласие на компьютерное рентгенодиагностическое исследование, фотопроток, соглашаясь с вышеперечисленными пунктами и условиями.

Я согласен(на), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной, и получение от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача не требуется.

В связи с полным осознанием предоставленной мне информации своё добровольное согласие на лечение заверяю личной подписью

Настоящее соглашение мною прочитано и подписано после проведения разъяснительной беседы с врачом, является юридическим документом и приложением к договору на оказание платных медицинских услуг.

Ф.И.О. и Подпись Пациента *****

« ____ » _____ 202 ____ г.

Общество с ограниченной ответственностью
Центр Красоты и Здоровья «ТАИС» (ООО ЦКиЗ «ТАИС»)
г. Ярославль, ул Чкалова, д. 32а
ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

**(ЭНДОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТОЯННОГО ЗУБА, АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ
ПОСОБИЕ и РЕНТГЕН ДИАГНОСТИКУ)**

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я *****

(Пациент, Ф.И.О. полностью)

настоящим подтверждаю, что мне сообщена, разъяснена врачом _____

(Ф.И.О)

и понятна информация о предстоящем эндодонтическом лечении корневых каналов постоянного зуба _____

До начала лечения (медицинского вмешательства) врач предоставил мне в доступной форме полную информацию о целях, методах лечения, показаниях и противопоказаниях к нему, об альтернативных методах лечения, о прогнозе заболевания, нежелательных последствиях при отсутствии лечения, о возможных осложнениях во время и после лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Врач указал на необходимость лечения данного заболевания и проведение профессиональной гигиены полости рта.

Врач мне подробно объяснил, что эндодонтическое лечение корневых каналов зуба представляет собой последовательность стоматологических манипуляций, проводимых под рентгенографическим и электрометрическим контролем, направленных на устранение инфицированных размягченных тканей зуба, удаление нерва, очищение и расширение корневого канала с последующей его пломбировкой, восстановлением коронковой части зуба с помощью реставрационных материалов. Необходимость эндодонтического лечения обусловлена наличием у пациента пульпита, периодонтита. Эндодонтическое лечение корневых каналов зуба является эффективной альтернативой удалению зуба и имеет конечной целью сохранение зуба и предупреждение последствий, могущих возникнуть при невыполнении лечения. **В случае сложной анатомической формы корневых каналов (искривление, непроходимость) эндодонтическое лечение является вариантом выбора, альтернативой которого является удаление зуба.** В ходе лечения с целью соблюдения постоянной рабочей длины корневого канала во время механической обработки, а также для оценки результатов стоматологического лечения необходимо проведение рентгенографического и электрометрического исследования.

Эндодонтическое лечение является этапным, проводится в несколько посещений. Первоначально осуществляется механическая подготовка, в том числе расширение, очистка стенок канала с целью полного удаления распавшейся корневой пульпы с мельчайшими отростками и слоя инфицированного дентина, удаление пульпы. Эндодонтическое лечение проводится с обязательной предварительной медикаментозной, антисептической обработкой канала, в том числе посредством внутриканального ультразвукового физиотерапевтического воздействия. Впоследствии осуществляется дренирование воспалительной полости через каналы или слизистую оболочку десны. После снятия воспаления показано антисептическое лечение тканей вокруг зуба, посредством заложения лекарственного препарата в корневую систему зуба и постановки временного пломбировочного материала. После купирования в периодонте воспалительного процесса производится окончательное заполнение каналов зуба постоянным пломбировочным материалом. Одновременно, показано консервативное лечение антибактериальными и противовоспалительными средствами.

Учитывая, что эндодонтическое лечение затрагивает состояние корневой системы зуба, в процессе лечения может возникнуть невозможность прохождения всей системы каналов зуба вследствие ее индивидуального анатомического строения или патологических изменений. При сильном повреждении большей части зуба эндодонтическое лечение может дополняться восстановлением зуба с его укреплением металлическими или стекловолоконными штифтами, а также необходимостью удаления гранулемы или кисты челюсти хирургическим путём.

В случае невозможности удаления гранулем, невозможности дренирования полости, аномального строения корневого канала при проведении комбинированного терапевтического воздействия необходимо проведение верхушечной резекции корня зуба либо удаление пораженного зуба. После купирования воспалительного процесса в кости решается вопрос о протезировании или имплантации зуба.

С целью обеспечения оптимальных условий пломбирования и безопасности зоны медицинского вмешательства в процессе лечения зубов могут быть применены коффердам или раббердам, препятствующие проникновению в зону стоматологического вмешательства слюны, предотвращающие случайное попадание в дыхательные пути мелких инструментов и мелкодисперсных отходов и их заглатывание, защищающие слизистую оболочку рта от воздействия применяемых в процессе лечения зуба веществ, позволяющие правильно воспроизвести форму зуба, создать контакты с соседними зубами, подобрать цвет пломбировочного материала, качественно отшлифовать пломбировочный материал.

Критериями качества эндодонтического лечения являются: плотное и гомогенное заполнение просвета магистральных корневых каналов рентгеноконтрастным материалом до рентгенологической верхушки корня зуба или с возможным частичным выведением пломбировочного материала за рентгенологическую верхушку корня зуба в периапикальные ткани корня зуба.

Критерием качества перелечивания корневых каналов зуба будет частичное заполнение просвета магистральных корневых каналов рентгеноконтрастным материалом.

В ходе эндодонтического лечения, а также после проведённого лечения возможны следующие осложнения, не являющиеся недостатками оказания медицинской услуги:

- ощущение дискомфорта в области стоматологического вмешательства;
- неприятные ощущения при жевании в области пролеченного зуба, продолжающиеся от нескольких часов до нескольких дней;
- появление болевых ощущений, в том числе при накусывании, а также возникновение болевых ощущений различной степени выраженности после повторного эндодонтического лечения вследствие инфицирования внутренних структур зуба, для устранения которых может потребоваться курс лечения антибиотиком;
- отёчность мягких тканей лица или десны в области пролеченного зуба, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше, что также может потребовать дополнительного лечения (консервативного лечения, местного хирургического вмешательства);
- выход лечебной или пломбировочной субстанции за пределы верхушки корня, в том числе в гайморову пазуху либо нижнечелюстную канал; продольная трещина корня зуба;
- перфорация корневого канала, возникающая при распломбировке ранее пролеченного канала зуба или лечении патологически изменённого канала зуба, что может потребовать дополнительной хирургической коррекции или привести к преждевременной утрате зуба (удалению);
- тризм (ограниченное открывание рта), продолжающийся от нескольких дней и дольше;
- преждевременная утрата зуба вследствие прогрессирующего заболевания пародонта.

В процессе эндодонтического лечения возможны также переломы инструментов, которые могут быть как оставлены в канале по усмотрению лечащего врача-стоматолога, так и удалены из корневого канала хирургическим путём.

Указанный стоматологический инструмент может также повлечь перфорацию стенки корня зуба, что обуславливает необходимость удаления зуба; кроме того, возможны иные осложнения, обусловленные индивидуальными особенностями организма, в том числе строением корневого канала. При эндодонтическом лечении зубов, покрытых одиночными коронками либо являющихся опорой несъемного или съемного протеза, может потребоваться снятие всей ортопедической конструкции и последующее повторное протезирование за счёт Пациента.

Лечение корневых каналов длительное, может потребовать от одного до шести месяцев и более, в течение которых необходимы регулярные визиты к врачу-стоматологу для проведения контрольных рентгенографических исследований, получения рекомендаций врача, проведения лечения; при этом повторный осмотр должен состояться не позднее 3-6 месяцев после окончания лечения с целью оценки результатов лечения корневых каналов.

С целью сохранения положительного эффекта проведенного лечения необходимо соблюдение врачебных рекомендаций, в том числе избегание чрезмерных механических, термических, химических воздействий на зубы, тщательная гигиена ротовой полости. В ходе лечения корневых каналов зуба может потребоваться повторное лечение, хирургическое вмешательство в области верхушки корня или удаление зуба; в случае отсроченных осложнений может быть проведена зубосохраняющая операция резекции верхушки корня. После лечения корневых каналов возможно изготовление в пролеченный зуб ортопедической конструкции.

Врач разъяснил(а) мне, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования: ОПТГ, прицельных компьютерных(плёночных) снимков, проведения электроодонтодиагностики, компьютерной томографии (3D-снимка), а также необходимость проведения многоэтапного рентгенологического (визиографического) контроля при лечении: на этапе диагностики, во время лечения и для контроля качества лечения каналов, а также в отсроченном периоде времени - для контроля состояния тканей периодонта. Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования повышается вероятность наступления вышеуказанных осложнений, увеличивается вероятность снижения эф-

фактивности лечения по не зависящим от врача причинам, повышается вероятность отказа врача от продолжения лечения (в плановой ситуации) вследствие возникновения объективной невозможности предоставить требуемую услугу. Я информирован(а) о противопоказаниях к рентгенологическому обследованию и заверяю, что противопоказания отсутствуют. Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Мне сообщено, что при получении рентгенограммы не удовлетворительного 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.

Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут также понадобиться консультация стоматолога (ов) иного профиля и консультация у врача (ей) общего медицинского профиля.

Врач в доступной форме разъяснил, что лечение будет проводиться под местной инъекционной (аппликационной) анестезией, которая имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции. Для аппликационной (поверхностной) анестезии используются препараты, отлично проникающие и пропитывающие верхние слои кожи или слизистой оболочки рта, блокирующие рецепторы и периферические нервные волокна, что обеспечивает обезболивающий эффект. Препарат в виде раствора, геля, мази, аэрозоля высокой концентрации наносится стерильным ватным тампоном или палочкой на обрабатываемую область, проникает в слой мягких тканей, снижая их чувствительность. Проникает препарат на глубину до 3 мм. Очень часто такая разновидность анестезии предшествует другому виду обезболивания - инъекционной анестезии.

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 анестезии могут быть: невозможность выполнения медицинской манипуляции, прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. Инъекционная (аппликационная) анестезия приводит к временной потере болевой и температурной чувствительности в области обезболивания, а также временному ощущению припухлости этой области. Я информирован(а) об основных преимуществах, сложностях и риске инъекционной (аппликационной) анестезии, включая вероятность осложнений. 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.

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. При этом я информирован(а), что в ряде конкретных случаях медицинские вмешательства без анестезии невозможны. Альтернативой является отказ от лечения. Современные анестетики, применяются с использованием одноразовых игл и карпул.

Я информирован о том, что в этих случаях, при моём правомерном отказе от использования анестезии, у врача не имеется объективной возможности предоставить требуемую услугу в плановой ситуации. Врач в этом случае не может, по независящим от него обстоятельствам, обеспечить безопасность услуги (ФЗ «О защите прав потребителей») и нарушает право Пациента на гуманное отношения при оказании медицинской помощи (ч.5. ст. 19 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»).

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения, а также для профилактики развития нежелательных результатов в функциональном и эстетическом планах является выполнение мною плана индивидуальных мероприятий, рекомендованных врачом, а также явка на прием для контрольных осмотров в указанную врачом дату. Я понимаю, что вмешательство проводится в биологической среде в меняющихся условиях, при наличии индивидуальных анатомических особенностей организма. В связи с этим возможны индивидуальные реакции аллергического характера – общие и местные, чувствительность или болезненность, а в условиях недостаточной, с моей стороны, гигиены полости рта - присоединение вторичной инфекции.

Врач мне разъяснил, что в случае отказа пациента от эндодонтического лечения корневых каналов зуба возможными нежелательными последствиями могут явиться дальнейшее развитие стоматологической патологии, приводящее к невозможности восстановления зуба, появление ноющей боли в зубе, усиливающейся при накусывании, повышение чувствительности зуба, появление ощущения «выросшего зуба», неприятного запаха изо рта, припухлости десен, губ или щек, появление отека и покрас-

нения десны, появление подвижности зуба, увеличение и болезненность подчелюстных лимфатических узлов, повышение температуры тела, развитие одонтогенного периостита (воспаления надкостницы), остеомиелита челюсти, гнойных воспалений мягких тканей лица и шеи, в том числе флегмоны шеи, острого сепсиса, абсцесса, образование в области зуба и десны кист и гранулем, появление свищевых ходов, рассасывание кости вокруг пораженного корня зуба, воспаление верхушки корня зуба, свищевого хода, развитие иных патологий зубочелюстной системы, удаление зуба, развитие гломерулонефрита, пиелонефрита, ревматизма, инфекционного эндокардита, ревматизма, иных заболеваний органов и систем, включая развитие онкологического заболевания.

Мне известно, что гарантийный срок и срок службы на данный вид стоматологической услуги установить невозможно, ввиду их специфики, т.е. при лечении каналов результат не гарантирован, однако гарантированно проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов, соблюдение стандартов и методик.

Врач разъясняет пациенту процент успешности лечения в каждом конкретном случае. Медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями организма.

Мне даны безусловные гарантии, что лечение проводится с применением сертифицированных препаратов, материалов, оборудования; квалифицированным специалистом в соответствии с существующими стандартами лечения и с соблюдением санитарно-гигиенических норм. Я проинформирован(а), что благоприятный исход лечения напрямую зависит от состояния моего здоровья, в том числе иммунитета, а также от гигиенического состояния полости рта. Я заверяю, что мною Врачу предоставлена вся необходимая и достоверная информация о состоянии здоровья

Я проинформирован(а), что для профилактики развития нежелательных результатов в функциональном и эстетическом планах следует строго соблюдать рекомендации врача в послеоперационном периоде и являться на прием для контрольных осмотров в указанную врачом дату.

На основании вышеизложенного я подтверждаю, что мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения:

- Поставленный диагноз может быть предварительным, поэтому допустимо его уточнение в процессе лечения;

- Индивидуальный рекомендованный план лечения;

- Возможность коррекции намеченного плана лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомят врач;

- Возможные альтернативные варианты, а именно: удаление пораженного зуба, не проведение лечения;

- Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, образование кисты, потеря зуба, некоторые нарушения общего состояния организма;

- Возможные осложнения под влиянием анестезии, а именно: отек и болезненность мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергическая реакция, ограничение открывания рта, которое обычно длится несколько дней, но может и дольше, временное нарушение чувствительности;

- Возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков, а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунного балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры, обострение хронических заболеваний;

- Возможные осложнения в процессе и после лечения, а именно:

- определенный процент (5-10) не эффективного эндодонтического лечения по причине его медицинской специфики, а также индивидуальных особенностей строения корневых каналов зубов у конкретного пациента и состояния его здоровья;

- перелечивание корневых каналов зубов через некоторое время или проведение хирургического вмешательства в области причинного зуба или даже его удаление, что не является дефектом оказания медицинской стоматологической помощи;

- переломы инструментов во время лечения корневого канала, связанное с анатомическими особенностями пациента, которые (по усмотрению врача) могут быть оставлены в леченом канале или может потребоваться их хирургическое удаление;

- ощущение дискомфорта после лечения (боль в зубе, нарушение общего состояния организма), продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, при необходимости доктор назначит медицинские препараты;

- перфорация корневого канала инструментами, что может потребовать дополнительной хирургической коррекции или привести к преждевременной утрате зуба;

- преждевременная утрата зуба вследствие прогрессирующего заболевания пародонт

- При перелечивании ранее запломбированных каналов зуба успех лечения значительно снижается, что

связанно:

- с невозможностью (в некоторых случаях) удалить из корневого канала пломбировочный материал или металлический штифт;
- с искривлением корневых каналов.
- с сильной кальцификацией корневых каналов,

- **Возможные исходы лечения:** выздоровление, без изменения, улучшение, ухудшение.

Мне названы, со мной согласованы:

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения; сроки проведения лечения,

- стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это.

- со мной согласована предварительная стоимость лечения и я имел возможность ознакомиться с действующим Прейскурантом ООО ЦКиЗ «ТАИС».

Я удостоверяю, что получил (а) полную информацию о состоянии полости рта, заболевании, результатах обследования, прогнозы заболевания, возможных осложнениях заболевания, включая отдаленные последствия; о медицинском вмешательстве: методах лечения, риске, связанном с лечением, возможных вариантах медицинского вмешательства, его результатах и последствиях, включая отдаленные; правах и обязанностях пациента, информацию о медицинской организации, осуществляющей медицинское вмешательство.

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 заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил (а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу. Мне понятен смысл сообщенной мне информации, на меня не оказывалось давление, и я осознанно и добровольно принимаю решение о проведении мне медицинского вмешательства.

Я уведомлен о возможности получения услуг без взимания платы в иных организациях в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Стоматологический центр ООО ЦКиЗ «ТАИС» не участвует в реализации выше указанных программ.

Я удостоверяю, что внимательно ознакомлен с полной информацией о сроках и условиях предоставления гарантии, сроках службы овеществленных результатов услуг Исполнителя, причинами аннулирования гарантийных обязательств, указанных в «Положении об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании стоматологической помощи в ООО ЦКиЗ «ТАИС» и согласен с ними.

Я предупрежден(а) Врачом о необходимости при благоприятном исходе: контрольных профилактических осмотрах полости рта 1 раз в 6 месяцев, плановой профессиональной гигиене полости рта 1 раз в 6 месяцев (если иной срок не указан врачом) и обязательной явке на осмотр и рентген-контроль для оценки в динамике результатов лечения корневых каналов.

Я также заявляю, что я достаточно хорошо владею устным и письменным русским языком для понимания всего вышеупомянутого.

У меня было достаточно времени, чтобы обдумать данное решение, описанное в настоящем документе.

Я даю свое добровольное согласие на эндодонтическое лечение корневых каналов постоянногозуба, соглашаясь с вышеперечисленными пунктами и условиями.

Я даю свое добровольное согласие на проведение мне местной инъекционной (апликационной) анестезии, соглашаясь с вышеперечисленными пунктами и условиями.

Я даю свое добровольное согласие на компьютернорентгенодиагностическоеисследование, фотопроток, соглашаясь с вышеперечисленными пунктами и условиями.

Я согласен(на), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной, и получение от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача не требуется.

В связи с полным осознанием предоставленной мне информации своё добровольное согласие на лечение заверяю личной подписью

Настоящее соглашение мною прочитано и подписано после проведения разъяснительной беседы с врачом, является юридическим документом и приложением к договору на оказание платных ме-

дицинских услуг.

Мне понятен смысл сообщенной мне информации, на меня не оказывалось давление, и я осознанно и добровольно принимаю решение о проведении мне медицинского вмешательства.

« _____ » _____ 202 _____ г.

Подпись пациента (законный представитель) *****

Фамилия (полностью), И.О.

Подпись врача

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Удаление зуба(ов)

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства,

Я, *****
проинформирован(а) о поставленном диагнозе и необходимости проведения хирургического вмешательства в соответствии с утвержденным мною предполагаемым планом лечения (удаление зубов, операции в полости рта, пластика уздечек, хирургическое лечение десен, лоскутные операции и др.).

Я получила(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и рекомендованного плана лечения. Мне известно, что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширения или отказ от запланированного объема).

Последствиями отказа от хирургического лечения могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, вовлечение в инфекционный процесс соседних зубов и тканей, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма.

Я информирован (а) так же об основных преимуществах и риске хирургического лечения, включая вероятность осложнений.

Основные осложнения оперативного лечения обусловлены анатомо-физиологическими особенностями моего организма. Удаление зуба верхней челюсти проводится в непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе. При перфорации дна пазухи носа возможно воспалительное осложнение в этой области. При хирургическом вмешательстве в области нижней челюсти, при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу, возможно онемение языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти, развитие послеоперационных отеков и кровотечений.

Осложнения оперативного лечения также могут быть обусловлены наличием уже имеющегося хронического или острого патологического процесса челюстно-лицевой области, также могут включать в себя в редких случаях временное ограниченное открывание рта, повреждение имеющихся зубов, переломы кости верхней и нижней челюсти.

Я осведомлен(а) о возможных альтернативных способах лечения, направленных на сохранение зуба, их преимуществах и недостатках. Я так же информирован(а), что в ряде конкретных случаев удаление зуба является единственным способом лечения.

Я соглашаюсь с тем, что при надлежащем выполнении медицинского вмешательства в редких случаях во время хирургической операции и в послеоперационном периоде возникают нижеперечисленные осложнения:

- Болевые ощущения в течение послеоперационного периода;
- Сохранение припухлости мягких тканей;
- Повышение температуры и наличие общих симптомов интоксикации;
- Ограничение открывания рта, увеличение лимфатических узлов;
- Боль, тошнота, воспаление, кровотечение из раны в послеоперационном периоде;
- В крайне редких случаях при аномальном расположении зуба - повреждение имеющихся зубов, переломы кости верхней и нижней челюсти;
- _____

Мне понятно, что послеоперационный, восстановительный процесс строго индивидуален по длительности и характеру лечения, и дискомфорт послеоперационного состояния может быть в течении нескольких дней и более.

Я осведомлен(а), что отсутствие регенерации костного послеоперационного дефекта непрогнозируемое и может привести к необходимости последующего этапа оперативного лечения, направленного на пластическое замещение костного дефекта.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Без анестезии хирургическое вмешательство не может производиться. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний.

Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отека десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у меня заболеваниях.

Я информирован(а) о необходимости после операции соблюдать полный покой: соблюдать щадящую диету и гигиену полости рта. Я понимаю необходимость рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на его проведение.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения. Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования. Мне сообщено, что при проведении рентгеновского обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Я понимаю, что в случае возникновения осложнений указанного заболевания, о которых я информирован(а) в настоящем документе и которые возникли вследствие аллергии, осложнений и естественных изменений моего организма, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что ожидаемый мной результат лечения не гарантирован, однако мне гарантированно проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Мною заданы интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснение на них. Я понял значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента, и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для проведения мне хирургической операции на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____/*****
(подпись пациента) (ФИО полностью)

(подпись) (Ф.И.О. законного представителя пациента, если он сам не может подписать, или является несовершеннолетним)

Врач: _____/
(подпись врача) (ФИО полностью)

« ____ » _____ 202 ____ г.

Информированное добровольное согласие пациента на проведение медицинского вмешательства по протезированию зубов и зубных рядов

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 ФЗ N 323 "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", сообщена вся необходимая информация о моем предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, _____, ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым планом, сроками и стоимостью оказания ортопедических услуг, рисками, исходами, условиями гарантии и сроками службы на оказываемые услуги, а также с альтернативными вариантами лечения и мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение ортопедического лечения, поставив свою подпись в конце документа.

Доктор после обследования и диагностики обосновал необходимость проведения ортопедического лечения. Я понимаю, что результатом протезирования является установка искусственных зубов вместо разрушенных или утраченных для обеспечения пережевывания пищи и эстетики, и что протезы не могут быть идентичны собственным зубам и тканям. Я ознакомлен(а) с необходимостью профессиональной гигиены и санации полости рта перед началом протезирования и с наиболее рациональным планом протезирования. Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами протезирования, которые в моем случае могут иметь меньший клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение жевательного органа, рецидивы деструктивных процессов в зубах и тканях челюсти). Последствиями отказа от протезирования в моем случае могут быть: прогрессирование кариозного процесса, удаление зуба, развитие осложнений, перелом зуба при отказе от врачебной рекомендации покрытия зуба ортопедической конструкцией, в т.ч. после проведенного эндодонтического лечения, вторичные деформации зубных рядов, снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата оставшихся зубов, повышенная стираемость зубов, заболевания жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также заболевания желудочно-кишечного тракта, невралгии, нейромышечная патология.

Лечащий врач объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, важность соблюдения рекомендаций по срокам лечения, а также необходимость полного восстановления целостности зубных рядов. Я проинформирован, что через какое-то время, которое зависит от индивидуальной скорости протекания скрытых процессов, возникает необходимость коррекции либо переделки ортопедической конструкции. Я уведомлен, что многократные примерки и коррекции протезов в процессе и после их изготовления (необходимые для индивидуализации и получения наилучшего результата протезирования), раскручивание фиксирующей ортопедическую конструкцию на имплантатах винта, нарушение фиксации постоянных и временных конструкций, шлифовка готовых протезов по прикусу, расцементировка коронок являются конструктивной особенностью ортопедических конструкций и не относятся к существенным недостаткам оказанных услуг. Я уведомлен(а) о необходимости платной перебазировки съемных протезов и замены фиксирующих элементов в процессе их эксплуатации не реже 1 раза в 6 месяцев. Выбирая искусственную ортопедическую конструкцию, я соглашаюсь на присущие ей вероятные эстетические и функциональные конструктивные особенности использования (попадание пищи, наличие шахт для доступа к винтам, наличие видимых элементов фиксации съемных протезов и металлических частей коронок), и возможные неудобства при пользовании протезом (отсутствие разделения между спаянными коронками в составе мостовидных конструкций и чувствительности к сжатию зубов, изменение всех видов чувствительности, перекрывание частями протеза слизистой оболочки полости рта, необходимость применения гелей для лучшей фиксации съемных протезов, неудобство жевания и изменение дикции). Я уведомлен(а), что появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов не является гарантийным случаем, поскольку подобное осложнение предсказать до начала лечения невозможно, и оно не является следствием неправильных действий врача. В этом случае переделка ортопедических конструкций с целью устранения явлений гальванизма и аллергии осуществляется платно согласно прайсу Исполнителя. Я уведомлен(а), что для покрытия зубов ортопедическими конструкциями проводится процедура шлифования твердых тканей зуба, которая является необратимой. Я сознаю, что для восстановления зубов (зубных рядов) искусственными ортопедическими конструкциями может потребоваться депульпирование опорного зуба и лечение корневых каналов в нем за дополнительную плату. Я уведомлен, что возможен раскол корня зуба при извлечении или фиксации вкладки (штифта). Но присутствие такой рекомендации врача в предварительном плане лечения важно для получения наилучшего результата лечения. Также меня уведомили, что наиболее предпочтительным для здоровья и долгосрочного прогноза является покрытие зубов искусственными ортопедическими конструкциями без предварительного депульпирования. В случае сохранения жизнеспособности пульпы

опорного зуба существует риск воспаления пульпы зуба или развития воспалительного процесса в тканях вокруг корня опорного зуба как в процессе, так и после покрытия зуба ортопедической конструкцией. Я информирован, что в этом случае за дополнительную плату согласно прайсу, будет проведено лечение корневых каналов опорного зуба наиболее рациональным и безопасным способом – прямо через установленную ортопедическую конструкцию либо после ее снятия, что может потребовать необходимость повторного изготовления ортопедической конструкции и повторной ее оплаты. За осложнения, возникшие по причине некачественного лечения зубов в другой клинике, исполнитель ответственности не несет. При расцементировке ортопедических конструкций существует риск их проглатывания или попадания в дыхательные пути. Я осведомлена(а), что при наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов и других нейромиофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувство тошноты, нарушение функции речи, жевания, глотания, сколов и поломок протеза. Наличие сопутствующих заболеваний и индивидуальных особенностей организма, не позволяющих пациенту полностью адаптироваться к качественно изготовленным ортопедическим конструкциям (например, повышенный рвотный рефлекс), гарантийным случаем не являются и устраняются при наличии такой возможности за отдельную плату. Я уведомлен о необходимости использования ирригатора, проведения профессиональной гигиены полости рта не реже 1 раза в 6 месяцев и об утрате гарантий при несоблюдении этих рекомендаций и правил пользования ортопедическими конструкциями.

Понимая сущность предложенного протезирования и уникальность собственного организма, я уведомлен, что итоговый результат протезирования может отличаться от ожидаемого мною и что искусственные протезы зубов эстетически могут отличаться по форме, цвету и прозрачности от своих зубов и других искусственных конструкций, особенно при различном освещении. Я осознаю риск, связанный с применением анестезии и медицинских препаратов, которые могут вызвать нарушение сознания и дыхания, дисфункцию мышц, судороги, сердцебиение, коллапс, повышение АД, отек и воспаление в месте инъекции, аллергию, кровотечение, гематомы, некроз тканей, потерю чувствительности языка, губ, неба, кожи лица и шеи. Я имел возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них подробные ответы. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех медицинских терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к моему лечению.

Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо. Я понимаю, что в моих интересах начать предложенное мне протезирование. Я понимаю, что невозможно точно устанавливать сроки выполнения работ ввиду непредсказуемой реакции организма человека на проведение медицинского вмешательства и понимаю возможную необходимость изменения или коррекции первоначального плана протезирования в процессе оказания медицинских услуг.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании и предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты (истории болезни) пациента и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство с целью проведения лечения на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____/*****
(подпись пациента) (ФИО полностью)

(подпись) (Ф.И.О. законного представителя пациента, если он сам не может подписать, или является несовершеннолетним)

Врач: _____/
(подпись врача) (ФИО полностью)

Дата