

Договор №

на оказание платных медицинских (стоматологических) услуг

г. Великий Новгород

Медицинская карта № от XX.XX.XXXX г.

Общество с ограниченной ответственностью «Стоматологическая клиника «Добрый доктор»», полное фирменное наименование ООО «Стоматологическая клиника «Добрый доктор» именуемое в дальнейшем "Исполнитель" в лице Генерального директора Гривкова Алексея Сергеевича действующего на основании Устава, с одной стороны, и _____, именуемый(ая) в дальнейшем "Потребитель", с другой стороны, именуемые в дальнейшем совместно «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

I. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1 Клиника обязуется оказывать платные медицинские стоматологические услуги (далее – Услуги) Пациенту по его поручению, а Пациент, пользуясь Услугами, обязуется оплачивать их стоимость на условиях, предусмотренных настоящим договором.

1.2 Предметом настоящего договора являются медицинские стоматологические услуги, заключающиеся в выполнении персоналом Клиники действий, соответствующих установленным стандартам оказания медицинской помощи, и перечисленных в согласованном с Пациентом Плане лечения и Медицинской карте Пациента.

1.3 Наименование, состав и объем Услуг определяются Планом лечения и фиксируются в Медицинской карте Пациента.

1.4 Срок оказания Услуг определяется лечащим врачом с момента записи Пациента на прием и зависит от состояния здоровья Пациента, периода, необходимого для изготовления стоматологического изделия и графика работы врача.

1.5 Клиника оказывает медицинские стоматологические Услуги в пределах Лицензии на оказание медицинской помощи ЛО-53-01-000737 от 17.06.2014 года, выданной Департаментом по охране здоровья населения области (Великий Новгород, пл. Победы-Софийская, д. 1, тел. 732-582) при оказании первичной доврачебной медико - санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии; сестринскому делу. При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической.

II. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

2.1 В оговоренное с Пациентом время врач проводит сбор анамнеза и осмотр Пациента, устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты лечения, последствия лечения и предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения и подробно информирует об этом Пациента. По результатам обследования врач составляет План лечения, определяющий согласованный сторонами объем оказываемых Пациенту Услуг и их предварительную стоимость.

2.2 Подробное описание оказанных Пациенту Услуг содержится в Медицинской карте Пациента, которую Клиника обязана вести на каждого Пациента в соответствии с требованиями законодательства и осуществлять её хранение.

2.3 Пациент обязан предоставлять Клинике всю необходимую информацию для оформления и дальнейшего ведения Медицинской карты Пациента.

2.4 Необходимым условием исполнения договора является согласие Пациента с предложенным Планом лечения и Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, удостоверенное подписью Пациента.

2.5 Услуги оказываются персоналом Клиники в помещении, на оборудовании и материалами Клиники в соответствии с согласованным Планом лечения.

2.6 Клиника имеет право отказать Пациенту в оказании Услуг, если врач выявил у Пациента аллергические реакции, противопоказания или заболевания, исключающие безопасное оказание Услуги, если у Пациента имеются острые воспалительные инфекционные заболевания, а так же если Пациент отказывается пройти необходимое диагностическое обследование (рентгенологическое, аппаратное, мануальное, лабораторное и иное) и (или) находится в состоянии опьянения.

2.7 Для достижения прогнозируемого результата лечебного процесса Пациент обязан соблюдать все рекомендации врача, содержащиеся в Медицинской карте, Информированном добровольном согласии и Памятке, выдаваемой Пациенту на руки. Клиника не несёт ответственности за наступление нежелательных осложнений, в случае несоблюдения Пациентом рекомендаций врача.

2.8 Если в процессе оказания услуг возникла необходимость изменения Плана лечения и (или) выполнения дополнительных действий, связанных с медицинскими показаниями, то такие Услуги выполняются с предварительного согласия Пациента. Отказ Пациента от проведения дополнительных действий, связанных с медицинским вмешательством, оформляется письменно с разъяснением Пациенту последствий такого отказа.

2.9 Пациент обязуется подтверждать, что ознакомлен с информацией, касающейся стоимости, объема и особенностей оказываемой медицинской Услуги своей подписью в Плане лечения и Информированном добровольном согласии.

III. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

3.1 Цены на Услуги, оказываемые Клиникой, определяются Прайсом на стоматологические услуги, с которым Пациент обязан ознакомиться при подписании настоящего договора.

3.2 Стоимость Услуг определяется Планом лечения и является предварительной и может изменяться Клиникой в одностороннем порядке в случае изменения Прайса на стоматологические услуги и (или) изменения с согласия Пациента Плана лечения.

3.3 План лечения отражается в медицинской документации: счет на оказание стоматологических услуг, зуботехнический заказ наряд, медицинская карта стоматологического больного.

3.4 Клиника вправе по согласованию с Пациентом увеличить стоимость Услуг в случае непредвиденного повышения расходов Клиники на их оказание, а также в случае необходимости изменения Плана лечения или выполнения дополнительных действий, связанных с медицинскими показаниями. Если Пациент не дал согласие на изменение Плана лечения или выполнение дополнительных действий, связанных с медицинскими показаниями, увеличивающими предварительную стоимость

Подпись _____ (_____)

3.5 Услуг, Клиника вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения договора, при этом Пациент обязан оплатить Клинике стоимость фактически оказанных Услуг.

3.6 Услуги оплачиваются Пациентом непосредственно после каждого приема у врача в размере полной стоимости фактически оказанных в данное посещение услуг, с учетом внесенного аванса, по ценам, действующим на момент оказания Услуг.

3.7 Оплата производится наличным или безналичным (банковской картой) расчетом в рублях в кассу Клиники.

3.8 Допускается по согласованию сторон предварительная оплата путем безналичных перечислений в размере 100% стоимости стоматологических услуг на лицевой счет Исполнителя.

3.9 Оплату стоматологических услуг может производить представитель Потребителя.

3.10 При оказании ортопедических и ортодонтических стоматологических медицинских Услуг Пациент обязан внести аванс, в размере 50 % стоимости Услуг в соответствии с Планом лечения до начала оказания Услуг. Окончательный расчёт производится Пациентом в день сдачи ортопедической (ортодонтической) конструкции. Порядок оплаты за Услуги по дентальной имплантации устанавливается дополнительным соглашением,

3.11 В случае недостаточности у Пациента денежных средств для оплаты оказанных услуг, задолженность Пациента перед Клиникой оформляется долговой распиской либо по дополнительному соглашению Пациенту может быть предоставлена рассрочка платежа.

3.12 Пациенту, направленному в Клинику страховой компанией Пациента, медицинские стоматологические услуги, предусмотренные программой ДМС Пациента, предоставляются бесплатно. Оплата таких услуг производится страховой организацией в соответствии с договором на предоставление лечебно-профилактической помощи по программе ДМС. Стоматологические услуги, не входящие в программу ДМС Пациента, оплачиваются Пациентом за счет собственных средств в порядке и размере, предусмотренном настоящим договором.

IV. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1 Пациент обязан:

- а) ознакомиться с Прайсом на стоматологические услуги, Правилами оказания медицинских услуг, Правилами поведения в клинике, Положением об оплате медицинских услуг, Положением о гарантиях на итоговый результат выполнения стоматологической услуги, с условиями Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, размещенными в демонстрационной системе с открытым доступом;
- б) подтверждать своей подписью в Платежном документе и Медицинской карте ознакомление с предварительным диагнозом, Планом лечения и его предварительной стоимостью; подтверждать своей подписью в Информированном добровольном согласии свое согласие на медицинское вмешательство;
- в) своевременно сообщать лечащему врачу всю необходимую ему информацию для планирования и осуществления им лечения, в том числе информацию о состоянии своего здоровья на момент обращения, имевших место аллергических или необычных реакций на препараты, пищу, укусы, анестетики, пыль, болезни крови, реакции десны и кожи, кровотечениях и других состояниях, о вредных для здоровья привычках. Пациент обязан заполнить Анкету анамнеза, в которой указываются все необходимые сведения, и поставить свою подпись;
- г) являться на лечение в согласованное время записи на прием. При невозможности визита Пациент обязан уведомить Клинику лично или по телефону о переносе срока приема на другую дату не позднее, чем за 12 часов до назначенного времени;
- д) своевременно и в полном объеме оплачивать оказанные Услуги, а в случаях, предусмотренных п. 3.7. настоящего договора, вносить аванс;
- е) точно выполнять устные и письменные рекомендации лечащего врача для эффективного и безопасного осуществления процесса лечения и для обеспечения пользования его результатами в течение максимального срока. Данные рекомендации указываются в Медицинской карте Пациента и Памятке;
- ж) соблюдать гигиену полости рта и проходить контрольный осмотр не реже одного раза в шесть месяцев;
- з) соблюдать условия предоставления гарантии (гарантийные условия);
- и) немедленно извещать лечащего врача об изменениях в состоянии здоровья в процессе лечения или после его окончания, принимаемых лекарственных препаратах;
- к) в случае возникновения осложнений, недостатков, иных отклонений в процессе лечения или при выявлении дефектов пломб или зубных протезов в течение гарантийного срока, немедленно, не позднее 3-х дней с момента выявления, обращаться в Клинику, не прибегая к помощи других лечебных учреждений.

4.2 Пациент имеет право:

- а) получать информацию о состоянии своего здоровья, относящуюся к компетенции специалистов Клиники;
- б) получать исчерпывающую информацию о предоставляемых Услугах;
- в) выбирать лечащего врача с учетом специализации врача и его согласия;
- г) выбирать время приема у врача из имеющегося свободного в расписании;
- д) на проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов Клиники;
- е) знакомиться с документами, подтверждающими квалификацию лечащего врача и правоспособность Клиники;
- ж) отказаться от оказания медицинских Услуг и получить обратно предварительно оплаченную сумму с возмещением Клинике затрат, связанных с подготовкой оказания Услуги (консультативно-диагностические услуги), фактически оказанными услугами и иными расходами;
- з) получить выписку из Медицинской карты об объеме оказанной медицинской помощи, в том числе использованных материалах, состоянии стоматологического здоровья и проведенном лечении. Срок подготовки и выдачи выписки – 7 рабочих дней;
- и) на обследование и лечение в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- к) на облегчение боли, связанной с заболеванием или медицинским вмешательством;
- л) на сохранение в тайне информации о своём здоровье.

Подпись _____ (_____)

4.3 Клиника обязуется:

- а) оказать Услуги качественно, с выполнением всех составляющих Услугу действий по методикам и со свойствами, соответствующим обязательным для подобных услуг требованиям, а так же установленным в Клинике стандартам, в соответствии с технологией, предусмотренной для применяемых при оказании Услуг материалов, препаратов, инструментов, оборудования;
- б) в оговоренное с Пациентом время произвести обследование полости рта Пациента и в случае необходимости предложить ему пройти дополнительные консультации и обследования у специалистов иного медицинского профиля, в том числе в другом лечебном учреждении с целью уточнения диагноза, правильного выбора материалов и методик лечения или протезирования;
- в) по результатам обследования предоставить Пациенту информацию о состоянии его полости рта, сущности применяемых в его случае методик лечения, протезирования, операций, медикаментов, материалов и составить для пациента рекомендуемый план лечения, согласовав с пациентом перечень конкретных медицинских мероприятий и профилактических мер, определив порядок и сроки их исполнения, предварительную стоимость лечения;
- г) обеспечить оказание Услуг в рамках согласованного Пациентом Плана лечения, и в соответствии с медицинскими показаниями.

4.4 Клиника имеет право:

- а) в случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для лечения, предложить Пациенту другого врача для оказания Услуг;
- б) в случае непредвиденной ситуации задержать прием Пациента на 0,5 часа, либо переназначить на другое свободное время врача.
- в) направить Пациента к другим специалистам, в том числе в другую медицинскую организацию с целью уточнения диагноза и выбора оптимального плана лечения;
- г) в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объём исследований и медицинских вмешательств, необходимых для оказания своевременной медицинской помощи;
- д) отказать в предоставлении Услуг Пациенту, если эти Услуги могут вызвать нежелательные последствия состояния здоровья Пациента;

4.5 В предусмотренных нормативными актами клинических случаях, Пациенту по его требованию выдаётся листок нетрудоспособности.

V. КАЧЕСТВО УСЛУГ. ГАРАНТИИ

5.1 Качественное оказание услуг есть выполнение составляющих Услугу действий по методикам и со свойствами, соответствующими обязательным для подобных услуг требованиям, а так же в соответствии с технологией, предусмотренной для применяемых при оказании услуг материалов, препаратов, инструментов, оборудования.

5.2 Требования к выполнению составляющих Услугу действий устанавливаются образовательными программами и нормативно-правовыми актами в области здравоохранения.

Требования, связанные с недостатками оказанной Услуги, могут быть предъявлены Пациентом при принятии результата оказанной Услуги (работы) или в ходе оказания Услуги (работы) либо, если невозможно обнаружить недостатки при принятии оказанной Услуги, в течение установленного Клиникой гарантийного срока и срока службы.

5.3 Клиника принимает на себя обязательство устранять недостатки оказанных Услуг, в течение сроков, предусмотренных п. 5.2 настоящего договора, при условии соблюдения Пациентом правил и условий эффективного и безопасного использования результата оказанной Услуги, а именно:

- а) соблюдения Пациентом всех рекомендаций врача;
- б) соблюдения Пациентом правил пользования результатом оказанной Услуги, в том числе ортопедической, ортодонтической конструкцией, восстановленным зубом и т.п.;
- в) своевременной явке Пациента на прием для продолжения лечения;
- г) посещения Пациентом плановых контрольных осмотров не реже 1 раза в 6 месяцев;
- д) незамедлительного, не позднее 3-х дней с момента выявления недостатков, обращения Пациента в Клинику за устранением выявленных недостатков.

5.4 В случае несоблюдения Пациентом хотя бы одного из перечисленных в п. 5.3. настоящего договора правил и условий эффективного и безопасного использования результата оказанной Услуги, гарантийные обязательства Клиники прекращаются, т.е. Пациент утрачивает право предъявлять требования, связанные с недостатками оказанной Услуги, в период действия гарантийного срока и срока службы по причине нарушения им правил и условий эффективного и безопасного использования результата оказанной Услуги.

5.5 Осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма Пациента, и вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить, не являются недостатками качества Услуг, если Услуги оказаны с соблюдением всех необходимых действий и условий, предъявляемых к Услугам данного вида.

VI. СПОРЫ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

6.1 Споры по договору решаются в досудебном порядке путем предъявления претензии, и в случае не достижения сторонами взаимоприемлемого решения – передаются в суд.

6.2 Претензии Пациента оформляются в письменной форме и рассматриваются Клиникой в течение 10 рабочих дней. Уполномоченным лицом от Клиники при рассмотрении претензии Пациента является главный врач, в сложных клинических случаях и при дорогостоящих Услугах претензии Пациента рассматриваются врачебной комиссией Клиники.

6.3 Клиника не принимает претензий Пациента, в основе которых лежат частные мнения специалистов других медицинских учреждений и обществ.

6.4 Клиника несет ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по договору в порядке и размере, предусмотренными действующим законодательством РФ.

Подпись _____ (_____)

6.5 Пациент несет ответственность за уклонение от оплаты Услуг (просрочку оплаты) в виде пени в размере 0.1% в день от неоплаченной суммы за каждый день просрочки.

6.6 Клиника, не несет ответственности за недостатки оказанных Услуг, а так же вред, причиненный здоровью Пациента, в результате осложнений, возникших в период оказания Услуг или после оказания Услуг в течение гарантийного срока и срока службы, наступившие в результате:

- а) нарушения Пациентом правил и условий эффективного и безопасного использования результата оказанной Услуги;
- б) неявки или несвоевременной явки Пациента на запланированный прием для продолжения лечения или контрольного осмотра;
- в) несоблюдения Пациентом рекомендаций врача;
- г) несоблюдения Пациентом рекомендованного плана лечения, этапов лечения и сроков лечения;
- д) несообщения или недостоверного сообщения Пациентом сведений о состоянии своего здоровья;
- е) при возникновении осложнений во время лечения в отношении зубов, ранее подвергшихся лечению в другом лечебном учреждении;
- ж) при отказе Пациента от медицинского вмешательства, диагностического обследования и (или) профилактических мероприятий;
- з) при возникновении аллергических реакций (на лекарственные препараты или материалы), о возможности возникновения которых Клиника не была предупреждена;
- и) при устранении недостатков оказанной услуги в другой медицинской организации без согласования с Клиникой.

VII. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.1 Договор может быть заключен только при наличии паспорта Пациента.

7.2 Договор вступает в силу с момента его подписания. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи и факсимиле подписи (воспроизведенное механическим способом с использованием клише).

7.3 Срок действия договора – один год. Договор считается продлённым на каждый последующий год, если ни одна из сторон не заявит о его прекращении.

7.4 С момента подписания настоящего договора предыдущий договор теряет юридическую силу.

7.4 Подписывая настоящий договор, Пациент дает свое согласие на осуществление Клиникой видеосъемки во время оказания Услуг в целях контроля качества оказания Услуг и повышения уровня удовлетворенности Пациента качеством и сервисом оказываемых Клиникой Услуг. При этом Клиника гарантирует конфиденциальность видеоматериала с Пациентом и защиту его в соответствии с требованиями ФЗ РФ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

7.6 Подписывая настоящий договор, Пациент дает свое согласие на использование информации о своем заболевании, фотографии зубов и полости рта без указания имени и фамилии в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе, а также предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику.

7.5 Подписывая настоящий договор, Пациент дает согласие на сбор, систематизацию, накопление, хранение и обработку, в том числе автоматизированную, своих персональных данных Клиникой в соответствии с ФЗ РФ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», а также на информирование Пациента об услугах Клиники посредством телефонной и почтовой связи.

7.8 Неотъемлемой частью настоящего договора являются документы, которые хранятся у Исполнителя: медицинская карта стоматологического больного, информированные добровольные согласия на медицинские вмешательства, Прейскурант цен на медицинские услуги, счет на оказание стоматологических услуг, зуботехнический заказ-наряд

С действующим «Положением о гарантиях на итоговый результат выполнения стоматологической услуги», «Положением об оплате медицинских услуг», «Правилами поведения в клинике» Исполнителя, с условиями Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи ознакомлен.

VII. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель;

ООО «Стоматологическая клиника «Добрый доктор»

ИНН 5321151988 КПП 532101001 ОГРН 1125321000067 ОКАТО 49401000000 ОКПО 30424134ОКВЭД 85.13

173008, г. Великий Новгород, ул. Большая Санкт-Петербургская, д.108, корп.3 р/счет 40702 810 1 2237 000 3632

Филиал «С-Петербургская дирекция» ОАО «УРАЛСИБ» в г. Санкт-Петербург к/счет 30101810800000000706 БИК044030706

Тел 8 (8162) 22 16 11 E-mail: do.doktor@bk.ru

Генеральный директор - Гривков Алексей Сергеевич

Потребитель:

Фамилия, имя, отчество _____

Адрес: _____ Телефон: _____

Паспорт серия _____ № _____,

выдан: _____

Подпись _____ (_____)

Расшифровка подписи

СОГЛАСИЕ

пациента на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся _____
проживающий по адресу: _____

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на сбор и обработку ООО «Стоматологическая клиника «Добрый доктор» (далее - Исполнитель) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза при условии. Что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью, обязанным сохранять врачебную тайну и имеющим право на сбор и обработку персональных данных. В процессе оказания Исполнителем мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Исполнителя, в интересах моего обследования.

Предоставляю Исполнителю право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Исполнитель вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

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

Подпись _____ (_____)

“__” _____ 20__ г.

Информированное согласие на проведение терапевтического лечения

Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и понимаю, что очень сложно поставить точный диагноз и спланировать соответствующее лечение, не прибегая к медицинскому вмешательству. Окончательное решение по плану лечения врач может принять только после того, как вскроет полость и удалит все патологические ткани из полости зуба. При этом возможны два варианта лечения:

1. наложение лечебной прокладки с последующим пломбированием зуба (1-2 посещения);
2. лечение корневых каналов с последующим пломбированием – эндодонтическое (2-4 посещения).

Я понимаю, что стоимость лечения зависит от того, какой вариант лечения будет необходим.

Я осведомлен(а) о последствиях отказа от данного лечения, об альтернативных методах лечения и о всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время и после лечения, в т.ч:

1. после лечения с наложением лечебной прокладки возможно проявление болевых ощущений, при нарастании которых врач вынужден произвести эндодонтическое лечение;
2. обострение заболевания может возникнуть и в более отдаленные сроки, и это тоже приведет к эндодонтическому лечению.

Я понимаю необходимость рентгенологического контроля во время лечения и даю свое согласие на его проведение.

Я информирован(а) о возможных альтернативных вариантах лечения, а именно удаление пораженного зуба, или не проведение лечение как такового.

В случае эндодонтического лечения могут возникнуть следующие осложнения:

— Ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего доктор назначит лекарственные препараты, если сочтет это нужным.

— Отечность десны в области леченого зуба или лица после лечения, которые могут сохраняться в течение нескольких дней или больше.

— Тризм (ограниченное открывание рта), который обычно длится несколько дней, но может и дольше.

— В случае не достижения положительного результата вследствие прогрессирования инфекционного процесса (очага) может потребоваться повторное лечение, хирургическое вмешательство в области верхушки корня или удаление зуба.

— Переломы инструментов во время лечения корневого канала, связанные с анатомическими особенностями пациента, которые (по усмотрению врача) могут быть оставлены в леченном канале или может потребоваться их хирургическое удаление.

Перфорация корневого канала, возникшая при распломбировке ранее леченного канала зуба или лечении патологически измененного канала, что может потребовать дополнительной хирургической коррекции или привести к преждевременной утрате зуба или удалению.

Преждевременная утрата зуба вследствие прогрессирующего заболевания пародонта.

Я понимаю, что после лечения корневых каналов мой зуб будет более хрупким и, по усмотрению лечащего врача, его нужно будет защитить от перелома путем установления коронки (вкладки).

Я понимаю, что обязан являться на назначенный контрольный осмотр в назначенное врачом время.

При лечении каналов результат не гарантирован, однако гарантировано проведения лечения специалистом соответствующей квалификации, применением им качественных материалов и инструментов и соблюдение методик.

Я информирован(а) о возможных альтернативных вариантах лечения, а именно удаление пораженного зуба, или не проведение лечение как такового.

Я получил исчерпывающую информацию по предлагаемому лечению

Подпись пациента _____ (_____)

Подпись врача _____ (_____)

“ — ” _____

Г.

ООО "Стоматологическая клиника "Добрый доктор"

Информированное согласие на проведение хирургического лечения

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

Я, _____ соглашаюсь на хирургическое лечение в ООО "Стоматологическая клиника "Добрый доктор"

В исключительных случаях (например, болезнь врача) фирма может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения:

Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.

Индивидуальный рекомендованный план лечения.

Допустимость коррекции намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

Возможные альтернативные варианты. А именно – отказ от лечения.

Возможные негативные последствия отказа от рекомендованного плана лечения или частичного его выполнения, а именно (ненужное вычеркнуть): прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба; нарушения общего состояния организма.

Возможные осложнения под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола; снижение внимания; аллергические реакции.

Возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случаях их назначения), а именно: аллергические реакции; изменения витаминного и иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры.

Возможные осложнения в процессе лечения, а именно: дискомфорт, боль, отек (припухлость) десны и мягких тканей; кровотечение, после чего для выздоровления может потребоваться несколько дней; повреждение соседних зубов и пломб; натяжение уголков рта, с последующим их растрескиванием; повреждение нерва, приводящее к онемению или подергиванию губы, онемению подбородка, десен, зубов, языка в оперированном участке (это может продлиться несколько месяцев или остаться постоянным); перелом челюсти; открытые гайморовой пазухи, что потребует проведение дополнительной операции; вывих или подвывих нижней челюсти.

Подпись пациента _____ (_____)

Подпись врача _____ (_____)

“ ” _____ 201__ г.

Информированное согласие на проведение анестезиологического пособия

Применение анестезиологического пособия (местной анестезии) при проведении стоматологического лечения проводится с целью устранения чувствительности нервных пучков и окончаний в зоне стоматологического вмешательства, при этом вид анестезии определяется в зависимости от объема показанного лечения, наличия показаний и противопоказаний, индивидуальных особенностей организма пациента.

Перед оказанием анестезиологического пособия проводится аллергологическая проба, заключающаяся во введении пациенту минимальной дозы препарата, не могущей повлечь негативных последствий, с последующим наблюдением за состоянием пациента.

До проведения стоматологического лечения с применением анестезиологического пособия необходимо сообщить лечащему врачу-стоматологу сведения о лекарственной непереносимости.

Использование сосудосуживающих анестетиков в процессе стоматологического лечения противопоказано при следующих заболеваниях и состояниях: при некоррегированном сахарном диабете, при приеме некоторых лекарственных препаратов (в том числе дигоксина или ингибиторов МАО (паргилина, пиразидола, ниламида, метралиндола и т.д.)), при некоррегированных пороках сердца с сердечной недостаточностью, артериальной гипертензии, иных заболеваниях сердца, при бронхиальной астме в приступный период, при патологическом ожирении с гемодинамическими и респираторными осложнениями, при анемии, тромбоцитопении, при наличии аллергической реакции на препараты, используемые при оказании анестезиологического пособия, при наличии онкологических заболеваний, в том числе опухолей головного мозга.

Кроме того, введение анестетика обладает сосудосуживающим эффектом.

При осуществлении стоматологического лечения под местной анестезией применяются следующие виды анестезиологического пособия:

- аппликационная анестезия, представляющая собой метод поверхностного обезболивания зоны медицинского вмешательства посредством применения спрея 10% раствора лидокаина или геля для аппликационной анестезии;
- инфильтрационная анестезия («заморозка»), применяемая, как правило, при проведении стоматологических манипуляций на верхней челюсти, выполняемая инъекцией анестетика под слизистую оболочку, надкостницу или внутрикостно; положительный эффект достигается путем проникновения анестетика непосредственно к нерву зуба, при этом на другие зубы и все остальные ткани анестезия не распространяется;
- проводниковая анестезия, применяемая, как правило, при проведении стоматологических манипуляций на нижней челюсти. При указанном виде обезболивания препарат подводится к ветвям тройничного нерва, при этом обезболивающий эффект наблюдается в заданной области иннервации. Проводниковая анестезия может применяться по усмотрению врача при оперативных вмешательствах в области больших коренных зубов, при операциях на деснах и больших по объему вмешательствах.

Введение препарата осуществляется карпульным шприцем, безыгольным инъектором, а также посредством нанесения в зону медицинского вмешательства геля или распыления аэрозоля. Обезболивающее действие анестетика наступает через 20-30 секунд и продолжается от 15 минут до 6 часов.

До проведения стоматологического лечения с применением анестезиологического пособия необходимо пройти медицинское обследование и сообщить лечащему врачу-стоматологу сведения о лекарственной непереносимости и отягощённом аллергологическом анамнезе.

В результате применения местной анестезии при проведении стоматологического лечения возможны нарушение ориентации в пространстве, в связи с чем в течение 24 часов после получения анестезиологического пособия не рекомендуется управлять автомобилем, иными сложными механизмами. В зоне действия анестетика также может возникнуть длительное чувство онемения, при этом чувство онемения может распространяться на всю челюсть, в том числе язык, верхнюю и нижнюю губу, часть глотки, которое может продолжаться в течение 24 часов с момента введения препарата. В связи с онемением зоны стоматологического вмешательства могут быть затруднены глотание и речь, что может обусловить попадание в дыхательное горло больших объемов слюны. В связи с возможностью онемения обширной области не рекомендуется употреблять пищу до момента частичного восстановления чувствительности.

Применение местной анестезии может привести к следующим осложнениям, не являющимся дефектами оказания медицинской услуги: возникновению гематомы (кровоизлияния) в месте укола, обуславливающей неприятные ощущения в области укола, эрозии в месте укола, аллергической реакции немедленного типа на обезболивающее вещество (появление на коже пятен, сыпи, отёка мягких тканей, анафилактического шока), токсической реакции на обезболивающее вещество (тошнота, рвота, головокружение, головные боли, кратковременная потеря сознания, нарушение координации), истерической реакции, развитию длительного онемения в области укола, обусловленного попаданием препарата в нерв, кровотечения, гипертензии, обморока, коллапса, судорожных состояний, стенокардии, вызвать приступ бронхиальной астмы, эпилепсии, кашля, аритмии, острую дыхательную недостаточность и др.

Факторами риска для развития указанных осложнений вследствие оказания анестезиологического пособия являются сердечная недостаточность, ишемическая болезнь сердца, сердечные аритмии, артериальная гипертензия, гипотония, бронхиальная астма, аллергические состояния, проводимая антикоагулянтная терапия, эпилепсия, глаукома, сахарный диабет, тиреотоксикоз, гипотиреоз и др.

Подпись пациента _____ (_____)

“__” _____ 20__ г.

Подпись врача _____ (_____)

ООО "Стоматологическая клиника "Добрый доктор"

Информированное согласие на проведение снятия зубных отложений лечения

Я, _____ согласен на снятие зубных отложений в ООО "Стоматологическая клиника "Добрый доктор"

Доктор обосновал мне необходимость проведения снятия зубных отложений. Меня ознакомили с возможными альтернативными вариантами, а именно – отказ от процедуры.

В результате проведения процедуры снятия зубных отложений возможно возникновение следующих осложнений, не являющихся дефектами оказания медицинской услуги: появление повышенной чувствительности зубов, в том числе усиление чувствительности зубов на дефектах пломб и незащищенных участках дентина – обнаженных корнях, трещинах зубов, кариозных полостях, требующих применения дополнительных клинических методов снижения чувствительности, разрушение эмали зубов, возникновение болезненных ощущений в области десневого края, покраснение, жжение десен, развитие кровоточивости десен.

Положительный эффект медицинской услуги по проведению профессиональной гигиены заключается в удалении всех видов зубных отложений. Сроки достижения положительного эффекта от процедуры снятия зубных отложений, в том числе количество и продолжительность процедур, необходимых для достижения указанного эффекта, зависят от глубины поражения зубов налетом, причин возникновения зубного камня, индивидуальных особенностей зубной эмали.

Указанный положительный эффект процедуры не распространяется на удаление пигментных пятен, возникновение которых обусловлено кариозными изменениями или последствиями предшествующего стоматологического лечения

Учитывая естественный процесс возникновения зубного налета, достигаемый положительный эффект от процедуры снятия зубных отложений непостоянен; при этом длительность сохранения полученного результата зависит от качества гигиены полости рта, индивидуальных особенностей организма Пациента (в том числе особенностей зубной эмали), особенностей питания, приема лекарственных препаратов, минерального состава слюны, а также от наличия патологических зависимостей (в частности, курения) и возраста пациента.

Подпись пациента _____ (_____)

Подпись врача _____ (_____)

“ ___ ” _____ 20___ г.

Информированное согласие на проведение ортопедического лечения

Я _____ соглашаюсь на ортопедическое лечение. Мне предоставлена вся интересующая меня информация о предполагаемом лечении.

Я понимаю, что нарушения в зубочелюстной области могут привести к ряду морфологических и функциональных нарушений в других частях организма.

Я понимаю, что протезирование — это заключительный этап ортопедического лечения, для эффективности которого на первом этапе может потребоваться проведение ряда мероприятий, кроме проведения хирургической и терапевтической санации. Это депульпирование, сошлифовывание зубов, коррекция прикуса, устранение парафункции мышц, лечение височно-нижнечелюстных суставов, ряд хирургических (коррекция альвеолярного гребня, пластика тяжей, уздечек и др.) и пародонтологических вмешательств.

Я согласен с предложенным мне лечащим врачом планом лечения.

Я проинформирован, что в период проведения манипуляций в полости рта: анестезии, обработки зубов, снятия оттисков, корректировке прикуса возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи.

При наличии в полости рта разнородных металлов могут возникнуть гальванические токи, следствием возникновения которых является чувство жжения, болезненность, покраснение и отечность слизистой оболочки полости рта.

При проведении хирургических вмешательств могут увеличиваться сроки изготовления протезов.

При наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов и других психомиофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувства тошноты, нарушений функций речи, жевания, глотания, поломок протезов.

Меня также предупредили, что при выявлении скрытых технологических дефектов увеличиваются сроки изготовления протеза, а в отдельных случаях может возникнуть необходимость изготовления нового протеза не за счет пациента.

Подпись пациента _____ (_____)

“ — ” _____ 20__ г.

Подпись врача _____ (_____)

Информированное согласие на проведение имплантологического лечения

Я, _____ получил/а от врача _____ интересующую меня информацию об операции имплантации. После подробного разъяснения данных осмотра моих зубов, рта и челюстей, оценки моего общего состояния, вида моего заболевания (диагноза) мне были представлены в понятной форме объем и ход предложенного лечения, а также преследуемая цель. Я понимаю, что с помощью одного или нескольких имплантатов - «искусственных корней», установленных в челюсть, и протезом, опирающимся на них, будет восстановлена или улучшена функция моего жевания, а также состояние моего здоровья.

Тип имплантата _____

Область имплантации _____

Я информирован/а о типичных рисках и возможных последствиях, а также осложнениях, в том числе в отношении моей профессиональной деятельности. Врач объяснил мне, что в крайне редких случаях имплантат не «приживляется». Он становится подвижным в течение времени «приживания», вокруг имплантата в костной ткани может развиваться воспалительный процесс (периимплантит). Подвижный имплантат удаляется без особого труда. Через некоторое время операцию имплантации можно повторить в этой же области.

Врач объяснил мне, что крайне редко могут быть следующие осложнения. При установке имплантатов на верхней челюсти в непосредственной близости к полости носа или верхнечелюстной пазухе может образоваться перфорация дна этих полостей. Имплантат может проникнуть в верхнечелюстную пазуху. Имплантат может прорезаться через слизистую оболочку полости рта. Имплантат может проникнуть в нижнечелюстной канал или в мягкие ткани, окружающие челюсть. При проведении операции имплантации крайне редко встречаются осложнения, возникающие при хирургическом вмешательстве, такие как обморок, кровотечение из раны, кровоизлияние в мягкие ткани, онемение языка, губ, подбородка, зубов (крайне редко онемение может остаться навсегда), повреждение соседних зубов, нагноение раны, длительное заживление, флебит, лимфаденит; аллергические реакции в связи с проведением обезболивания, применением стоматологических материалов, приемом лекарств (крапивница, отек Квинке, анафилактический шок).

Я информирован/а о необходимости подготовки полости рта к протезированию перед операцией имплантации. Я понимаю, что на успех лечения влияет гигиеническое состояние моей полости рта. Я согласен/а регулярно посещать врача для проведения профессиональной гигиены в установленные сроки до операции имплантации, перед фиксацией ортопедической конструкции и ежегодно два раза в год в последующее время.

Врач объяснил мне и я понимаю, что при обращении впервые в жизни к стоматологу, а также при наличии у меня аллергических заболеваний, необходимо заключение врача — аллерголога о возможности применения обезболивающих средств, стоматологических материалов, лекарственных препаратов.

Я в «Карте опроса больного» указал/а все перенесенные мною заболевания и лекарственные препараты, которые я принимаю. Я понимаю, что прием лекарственных средств перед операцией имплантации без уведомления лечащего врача может

привести к нежелательным последствиям. Я понимаю, что курение, прием алкоголя, наркотических средств неблагоприятно влияют на «вживление» имплантатов и ухудшают результат имплантации.

Я информирован/а и понимаю, что в случае возникновения осложнений мне необходимо обратиться к лечащему врачу для осмотра. В некоторых случаях может потребоваться госпитализация в отделение челюстно-лицевой хирургии.

Затраты времени для вживления» имплантатов и изготовления и фиксации на них зубных протезов были со мной обсуждены.

Я информирован/а, что мой лечащий врач и клиника не могут взять на себя гарантию за достижение желаемого успеха лечения. Мне известно, что на показатель успешной имплантации влияют многие факторы, однако долгосрочный прогноз показал, что успех достигается более чем в 95% случаев.

Альтернативное лечение

Я даю согласие на проведение рекомендованного мне лечения - операцию имплантации, обдумав альтернативное лечение, а также на рентгенологическое обследование до, во время и после лечения. Я заявляю о своей согласии с возможными изменениями или расширениями операции имплантации, которые, несмотря на тщательную предоперационную диагностику, в редких случаях, не могут быть предусмотрены заранее, а также возможными необходимыми дополнительными обследованиями.

Предварительная (ориентировочная) стоимость операции имплантации в размере _____ рублей мне была сообщена.

Я информирован/а о моем поведении до и после операции имплантации. Я обещаю не управлять транспортным средством в день операции имплантации.

Я согласен/а с тем, чтобы меня извещали о контрольном осмотре имплантатов в регулярные промежутки времени и выражаю готовность приходить на прием в назначенный срок. После операции имплантации 1 раз в три дня до снятия швов в области послеоперационной раны. В последующее время 1 раз в неделю в течение 3-х недель; 1 раз в 6 месяцев в течение первого года после установки имплантатов; 1 раз в год в последующее время.

Я ознакомился/асы с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента. Я подтверждаю, что располагал/а достаточным временем, чтобы задать все интересующие меня вопросы, а также, чтобы принять решение о согласии на операцию имплантации. Я ознакомлен/а с правами и обязанностями пациента, преискурантом и ориентировочной стоимостью предложенного лечения и предупрежден/а об изменении стоимости лечения в связи с изменением плана обследования и лечения.

Я не буду иметь претензий в случае, если проведенное лечение не достигнет идеального запланированного результата, то есть не произойдет «приживление» имплантата, потребуются повторная операция имплантации или иной вид протезирования.

Подпись пациента _____ (_____)

Подпись врача _____ (_____)

“ ___ ” _____ 20__ г.

4. Ответственность сторон

4.1. Исполнитель несет ответственность:

- за качество выполненных услуг лечебно – диагностического процесса, достаточных и адекватных состоянию Заказчика на момент обращения.

4.2. Исполнитель не несет ответственности в случаях:

- возникновения осложнений по вине Заказчика (несоблюдение гигиены полости рта, невыполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших нарушениях и отклонения в состоянии здоровья)
- возникновения осложнений при лечении зубов, ранее подвергавшихся лечению в другом лечебном учреждении;
- возникновения аллергии или непереносимости препаратов и стоматологических материалов, разрешенных к применению, если наличие аллергии и непереносимости препаратов не отражено в Карте общего состояния здоровья;
- прекращения (не завершения) лечения по инициативе Заказчика;
- если Заказчик не предоставил достоверную информацию об общем состоянии здоровья.

4.3. **Заказчик несет ответственность** за достоверность предоставляемой информации, четкое выполнение рекомендации врача, своевременную и полную оплату медицинских услуг

5. Порядок разрешения споров

5.1. Все споры и разногласия по настоящему Договору разрешаются Сторонами путем переговоров и направлением письменных претензий. При наличии претензий Стороны обязаны в десятидневный срок предоставить мотивированный ответ и учесть в дальнейшей работе требования, содержащиеся в претензии и признанные Сторонами справедливыми.

5.2. При недостижении согласия между Сторонами спор передается на рассмотрение в суд в соответствии с правилами подсудности, установленными действующим законодательством.

6. Дополнительные условия

Операция переимплантации проводится по взаимному согласию сторон с последующим заключением нового договора.

6.1. Заказчик обязан сообщить обо всех изменениях в состоянии здоровья и приеме новых медикаментов при каждом посещении лечащего врача.

6.2. Все последствия медицинской услуги, оказанной в соответствии с показаниями и объеме, адекватном состоянию Заказчика на момент обращения, при качественном ее исполнении расцениваются как непрогнозируемый медицинский исход.

7. Срок действия Договора

7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания. После подписания настоящего Договора его действия распространяются на все случаи обращения Заказчика к Исполнителю для оказания ему стоматологических услуг.

7.2. Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

8. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН.

Исполнитель;

ООО «Стоматологическая клиника «Добрый доктор»

ИНН 5321151988 КПП 532101001 ОГРН 1125321000067 ОКАТО 49401000000 ОКПО

30424134 ОКВЭД 85.13

173008, г. Великий Новгород, ул. Большая Санкт-Петербургская, д.108, корп.3

р/счет 40702 810 1 2237 000 3632

Филиал «С-Петербургская дирекция» ОАО «УРАЛСИБ» в г. Санкт-Петербург

к/счет 30101810800000000706

БИК 044030706

Тел 8 (8162) 22 16 11

E-mail: do.doktor@bk.ru

Генеральный директор -

..... М.П.

Потребитель:

Фамилия, имя, отчество _____

Адрес: _____ Телефон: _____

Паспорт серия _____ № _____

выдан: _____

Подпись _____ (_____)

Расшифровка подписи

ООО «Стоматологическая клиника «Добрый доктор»
**Информированное добровольное согласие на Отбеливание зубов в условиях
клиники**

Я получил подробные объяснения по поводу состояния моих зубов и полости рта и понимаю, что при проведении лечебных манипуляций по отбеливанию зубов существует определенная степень риска.

Во-первых, после проведения сеансов отбеливания есть риск не достигнуть необходимого результата, то есть отбеливающий эффект будет незначительным, менее чем на полтона.

Во-вторых, достигнутый результат может очень быстро исчезнуть, то есть зубы могут снова потемнеть до первоначального состояния.

В-третьих, возможно повышение чувствительности зубов в течение первых 24 часов, то есть появится болезненность при действии термических и химических раздражителей. Эти ощущения обычно проходят в течение 1-2 дней.

В-четвёртых, возможно появление болезненности в области десневого края, а также видимые незначительные его изменения и повреждения: шероховатость, покраснение, побледнение и т.д.

В-пятых, после отбеливания возможен риск возникновения значительного цветового различия между собственными тканями зуба и пломбами, а также протезами, которые имеются в полости рта. Это происходит в силу того, что отбеливающие системы не оказывают какого-либо воздействия на пломбировочные материалы и зубные протезы. Поэтому я знаю, что пломбы и реставрации после проведения отбеливания возможно придётся переделать.

Я осведомлен(а) об альтернативных методах лечения, направленных на осветление зубов: изготовление прямых композитных реставраций, изготовление не прямых композитных и керамических реставраций, изготовление керамических и металлокерамических конструкций.

Я знаю, что отбеливание не проводится лицам до 18 лет, а также при проведении ортодонтического лечения. Я понимаю, что для достижения желаемого результата эта процедура может быть выполнена в один-два визита или больше посещений, в зависимости от типа моих зубов. Каждое посещение будет занимать от часа до полутора часов.

Меня проинформировали о том, что при проведении клинического отбеливания более чем в одно посещение, перерыв между процедурами может составлять от одной до двух недель. Если проходит более двух недель, результаты могут быть менее значительными, т.е. эффективность процедуры будет потеряна.

Меня предупредили, что в случае изначальной чувствительности зубов необходимо проведение процедуры по снижению чувствительности до отбеливания.

Я знаю, что при курении и употреблении продуктов, содержащих красящие вещества (в том числе чай и кофе), а также при недостаточном соблюдении гигиены полости рта, возрастает риск потемнения зубов. Более того, при проведении отбеливания на фоне курения, появляется риск возникновения злокачественных новообразований. Поэтому, начиная лечебные манипуляции по отбеливанию, я исключаю эти продукты и привычки, корректирую свой образ жизни и обязуюсь не реже одного раза в полгода приходить в кабинет гигиены стоматологической Клиники «N» для прохождения контрольного осмотра.

Я понимаю необходимость рентгенологического обследования при проведении контрольного осмотра, чтобы своевременно выявить и предупредить возникновение возможной резорбции корня.

Я предупрежден(а), что после проведения отбеливания в 70 – 90% случаев в течение 2-х недель происходит потемнение зубов примерно на 0.5 – 1 тон. И я знаю, что результат отбеливания, даже при соблюдении всех правил, предсказать очень трудно. По данным зарубежных и российских стоматологов, отбеленные зубы могут сохранять свою белизну, в среднем, от полугода – до пяти лет.

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 гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я понимаю необходимость контроля качества проведенной процедуры и обязуюсь приходить на контрольные осмотры в назначенное время.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство с целью проведения лечебных манипуляций по отбеливанию моих зубов на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / _____ /
(полный текст подписи) (расшифровка подписи)

Беседу провел врач: _____ / _____ /
(подпись врача) (расшифровка подписи)

“ ___ ” _____ 20__ г.