

ООО Стоматология "Свет Улыбки", именуемое в дальнейшем Исполнитель, ОГРН 1163668104599, лицензия: №ЛО-36-01-003102 от 14.09.2017г., выдана департаментом здравоохранения Воронежской области на осуществление медицинской деятельности при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестренскому делу, стоматологии, стоматологии профилактической; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, рентгенологии, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической.; по адресу: 394028, г.Воронеж, ул.Баррикадная 28, телефон: 8(4732)2370599, в лице директора Петренко Сергея Александровича, действующего на основании устава, с одной стороны, и Иванов Иван Иванович, проживающий(ая) по адресу: г. Воронеж ,ул.Туполева д. 1, кв.1, телефон 89601111111, именуемый (ая) в дальнейшем Заказчик, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. В соответствии с гражданским кодексом РФ, Законом «О защите прав потребителей», Законом 323-ФЗ от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Постановлением Правительства РФ № 1006 от 04.10.2012 г. «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», Заказчик поручает, а Исполнитель принимает на себя обязательство по оказанию платных медицинских услуг, включающих в себя:

1.1.1. Установление предварительного диагноза, выбор методов лечения и составление плана лечения.

1.1.2. Проведение лечения в соответствии с установленным диагнозом и согласованным планом лечения.

1.2. Услуга оказывается силами врачей, сотрудников Исполнителя, в помещении, на оборудовании и материалами Исполнителя лично Заказчику, либо названным им лицам.

2. Стоимость услуги и порядок расчетов

2.1. Стоимость каждого этапа лечения, выполняемого при оказании услуги, закреплена в Прейскуранте, утвержденном Исполнителем и действующим на момент подписания настоящего Договора. Заказчик ознакомлен с перечнем платных медицинских услуг указанных в действующем Прейскуранте до момента заключения настоящего Договора.

2.2. Оплата услуги (п. 1.1.1., 1.1.2. Договора) осуществляется по выполнении каждого этапа, на основании выставленного счета (представленного наряда), но не позднее начала следующего этапа лечения. Возможно составление индивидуального плана оплат при длительном многоэтапном лечении по договоренности с руководством клиники.

2.3. Оплата услуги может быть проведена авансовыми платежами до начала исполнения услуги.

3. Права и обязанности Исполнителя

3.1. Поручить врачу провести осмотр Заказчика для установления предварительного диагноза, объема необходимого лечения, отразить результаты обследования и план лечения в медицинской карте Заказчика или в специальном приложении к медицинской карте, за подписью последнего.

3.2. Проинформировать Заказчика о результатах обследования, разъяснить Заказчику, учитывая отсутствие у него специальных знаний, все особенности, свойства, характеристики, предполагаемый вид в случае проведения рекомендованного (выбранного)

3.3. Информировать Заказчика о возможных осложнениях, связанных с проведением стоматологического лечения.

3.4. Информировать Заказчика, что невыполнение указаний врача и иные обстоятельства, зависящие от Заказчика, такие как: несоблюдение гигиены, правил эксплуатации, несвоевременное посещение, утаивание о себе необходимых для лечения данных, отказ от необходимого эндодонтического и хирургического лечения, настаивание Заказчика на выборе заведомо неверного метода исполнения услуги, могут снизить качество проводимого лечения.

3.5. Поручить врачу, провести лечение Заказчика, используя наиболее безболезненные и качественные методы лечения в соответствии с медицинскими показаниями.

3.6. При необходимости проведения специализированных видов лечения (профилактических, хирургических, пародонтологических, ортопедических, ортодонтических и др.) Исполнитель поручает проведение их соответствующим специалистам.

3.7. Отражать все этапы лечения в медицинской карте.

3.8. Учитывать пожелания Заказчика при выборе специалистов для проведения стоматологического лечения.

3.9. В случае непредвиденного отсутствия назначенного лечащего врача, Исполнитель вправе назначить другого врача для проведения лечения.

3.10. Исполнитель вправе расторгнуть настоящий договор в одностороннем порядке в случае возникновения обстоятельств, на которых настаивает Заказчик, не предусмотренных выбранным вариантом лечения, если это, по мнению Исполнителя, приведет к снижению качества проводимого стоматологического лечения. При этом Заказчик обязан оплатить фактически оказанные Исполнителем к моменту расторжения настоящего договора услуги.

4. Права и обязанности Заказчика

4.1. Заполнить подробно Анкету пациента.

4.2. Подписывая настоящий договор, Заказчик, соглашается с тем, что все услуги ему будут оказаны в соответствии с действующим прейскурантом и в соответствии с международными стандартами стоматологического лечения. А также, ознакомлен со сведениями о медицинских работниках, которые участвуют в оказании платных медицинских услуг. Ознакомлен

4.3. В случае согласия с выбранными вариантами лечения подписать письменные уведомления (информированные согласия) с указанными вариантами лечения.

4.4. Сообщить врачу достоверные сведения о состоянии своего здоровья, необходимые для правильной постановки диагноза и

выбора плана лечения. Объем сведений определяется врачом.

4.5. Выполнять все указания лечащего врача, своевременно, в согласованное с врачом время, являться на лечение; соблюдать гигиену полости рта и др.

4.6. При невозможности явиться на лечение в оговоренное время, не позднее, чем за 24 часа до его наступления сообщить Исполнителю и согласовать другое время.

4.7. Заказчик информирован о том, что после проведенного лечения могут возникнуть некоторые неудобства, болезненные ощущения, психологический дискомфорт которые не могут считаться недостатком услуги, так как являются неотъемлемой частью процесса заживления, процесса адаптации организма и процесса восстановления зубочелюстной системы.

4.8. Гарантийный срок устанавливается в соответствии с «Положением об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании стоматологической помощи». Необходимым условием соблюдения Исполнителем условий гарантийных обязательств являются профилактические осмотры, включающие в себя гигиену полости рта и рентген контроль, рекомендованные индивидуально каждому пациенту врачом, но не реже одного раза в 6 (шесть) месяцев.

4.10. Являться в указанные сроки, отмеченные в Приложении к Договору, на необходимые профилактические осмотры в период гарантийного срока. При неявке Заказчика в установленный срок на профилактический осмотр без уважительных причин с Исполнителем снимается ответственность за возникновение обстоятельств, наступивших в результате неявки Заказчика. При неявке Заказчика в установленный срок на профилактический осмотр при наличии уважительной причины, Заказчик обязан принять все необходимые меры для предварительного уведомления в разумный срок Исполнителя о переносе даты профилактического осмотра и согласовать с Исполнителем новую дату перенесенного профилактического осмотра.

5. Порядок изменения оговоренного объема работ

5.1. При необходимости проведения дополнительных исследований, процедур или в случае изменения диагноза, если это не вызвано неквалифицированными действиями Исполнителя для достижения цели настоящего Договора, Исполнитель информирует Заказчика об этом и предлагает оплатить названные дополнительные действия по правилам настоящего договора.

5.2. В случае согласия Заказчика и внесения им дополнительной платы, Исполнитель продолжает оказывать услугу, оговоренную настоящим Договором.

5.3. В случае несогласия Заказчика на проведение дополнительных исследований, Исполнитель не несет ответственности за результаты обследования и достоверность диагноза. При этом плата, внесенная в соответствии с п. 2 Настоящего Договора не возвращается.

5.4. При отсутствии у Исполнителя технических возможностей качественно исполнить свои обязательства, он вправе направить Заказчика в иную специализированную медицинскую организацию.

6. Ответственность сторон.

6.1. В случае возникновения разногласий по вопросу качества и полноты проведенного лечения, спор между сторонами рассматривается Главным врачом и/или Генеральным директором Исполнителя. При не достижении согласия спор передается на рассмотрение клинико-экспертной комиссии и (или) экспертам территориальной организации Стоматологической Ассоциации России.

6.2. Исполнитель дает письменную гарантию на выполненные работы в соответствии с «Положением об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании стоматологической помощи», утвержденным Исполнителем.

6.3. При неисполнении Заказчиком условий настоящего Договора, Исполнитель не несет ответственности за качество и результаты лечения Заказчика.

6.4. За неисполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору Исполнитель и Заказчик несут имущественную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7. Срок действия договора.

Срок действия договора определяется до полного исполнения сторонами его условий.

Иные условия, определяемые по соглашению сторон, могут быть составлены в виде приложений к договору.

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

Исполнитель:

ООО Стоматология "Свет Улыбки"

394028, г.Воронеж, ул.Баррикадная 28

ИНН 3663122873

ОГРН 1163668104599

КПП 366301001

БИК 42007681

Кор.счет 30101810600000000681

Р/с 40702810713000016755

в Центрально-Черноземном банке ПАО

Сбербанке г.Воронеж

Заказчик:

Иванов Иван Иванович

Паспорт серия: 1111 № 111111

Выдан: Центральным РОВД г.Воронежа 10.10.2010

Адрес: г. Воронеж ,ул.Туполева д.1, кв.1

Настоящий договор мною прочитан, его смысл и значение
разъяснены по каждому пункту и соответствуют моим
намерениям

Директор _____ Петренко С.А.

М.П.

подпись

фамилия и инициалы

ПРИЛОЖЕНИЕ №1 К ДОГОВОРУ № 11111111 от 14 Декабря 2021 г.

ООО Стоматология "Свет Улыбки", именуемое в дальнейшем Исполнитель, ОГРН 1163668104599, в лице директора Петренко Сергея Александровича, действующего на основании устава, с одной стороны, и Иванов Иван Иванович, проживающий(ая): г. Воронеж, ул. Туполева д.1, кв.1, телефон: 89601111111, именуемый (ая) в дальнейшем заказчик, с другой стороны, составили приложение к договору с целью предварительного согласования стоимости стоматологических услуг.

дата	услуги	стоимость услуг	подпись врача	подпись заказчика
				Со стоимостью согласен(на) _____
				Со стоимостью согласен(на) _____
				Со стоимостью согласен(на) _____

Исполнитель:

ООО Стоматология "Свет Улыбки"
394028, г.Воронеж, ул.Баррикадная 28
ИНН 3663122873 ОГРН 1163668104599
КПП 366301001 БИК 42007681
Кор.счет 30101810600000000681
Р/с 40702810713000016755
в Центрально-Черноземном банке ПАО Сбербанке
г.Воронеж

Директор _____ Петренко С.А.

М.П.

Заказчик:

Иванов Иван Иванович
Паспорт серия: 1111 № 111111
Выдан: Центральным РОВД г.Воронежа 10.10.2010

Адрес: г. Воронеж ,ул.Туполева д. 1, кв.1

Настоящее приложение к договору мною прочитано, его смысл и значения разъяснены по каждому пункту и соответствуют моим намерениям.

6

подпись

фамилия и инициалы

ПРИЛОЖЕНИЕ №2 К ДОГОВОРУ № 11111111от 14 Декабря 2021 г.

ООО Стоматология "Свет Улыбки", именуемое в дальнейшем Исполнитель, ОГРН 1163668104599, в лице директора Петренко Сергея Александровича, действующего на основании устава, с одной стороны, и Иванов Иван Иванович, проживающий(ая) по адресу: г. Воронеж ,ул.Туполева д.1, кв.1, телефон 89601111111, именуемый (ая) в дальнейшем Заказчик, с другой стороны, составили приложение к договору с целью предварительного согласования гарантийного срока на оказываемые стоматологические услуги.

На основании ТК РФ Законом РФ «О защите прав потребителей в редакции ФЗ РФ №2300-1 от 07.02.1992 г, с последними изменениями на 2017г. Ст.29 п.4 и Постановлении Правительства РФ №1906 от 04 октября 2012 года «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» ст.1 п.4 гарантый срок устанавливается врачом в зависимости от условий, дефектов, гигиены полости рта и выполнением назначений врача

Дата	Вид услуг	Срок гарантии	Срок службы	Подпись врача	Подпись пациента

Исполнитель:

ООО Стоматология "Свет Улыбки"
394028, г.Воронеж, ул.Баррикадная 28
ИНН 3663122873 ОГРН 1163668104599
КПП 366301001 БИК 42007681
Кор.счет 30101810600000000681
Р/с 40702810713000016755
в Центрально-Черноземном банке ПАО Сбербанке г.Воронеж

Директор _____ Петренко С.А.

Заказчик:

Иванов Иван Иванович
Паспорт серия: 1111 № 111111
Выдан: Центральным РОВД г.Воронежа 10.10.2010
Адрес: г. Воронеж ,ул.Туполева д. 1, кв.1

4

Настоящее приложение к договору мною прочитано, его смысл и значения разъяснены по каждому пункту и

М.П.

подпись

фамилия и инициалы

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных.

Я, нижеподписавшийся, Иванов Иван Иванович, проживающий по адресу: г. Воронеж ,ул. Туполева д.1, кв.1, паспорт: серия 1111 №111111, выдан Центральным РОВД г.Воронежа 10.10.2010, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО Стоматология "Свет Улыбки" (место нахождения: 394028, г.Воронеж, ул.Баррикадная 28) (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

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

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

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной, и действует бессрочно. Порядок отзыва согласия на обработку персональных данных мне известен.

Контактный телефон: 89601111111

Подпись субъекта персональных данных: _____

Дата: 14 Декабря 2021 г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на проведение рентгенологического исследования.

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», Постановлением Правительства РФ № 1006 от 04.10.2012 г. «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», сообщена вся необходимая информация о предстоящих мне медицинских услугах и что я согласен (согласна) с названными мною условиями их проведения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) на проведение рентгенологического исследования. Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я, Иванов Иван Иванович, проживающий(ая): г. Воронеж ,ул. Туполева д.1, кв.1, телефон:89601111111 даю свое согласие на проведение рентгенологического исследования полости рта.

Я проинформирован(а) о сущности данного исследования и о том, что оно сопровождается рентгеновским излучением. Я также информирован(а) о лучевой нагрузке (дозе), которую я получу в процессе исследования.

Я проинформирован(а) об альтернативных данному виду методах диагностики (КТ, МРТ) и преимуществах данного исследования.

Для женщин: Я подтверждаю, что на момент исследования не имею беременности, так как информирована о вредном воздействии рентгеновского излучения на развитие плода.

Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне сотрудниками Клиники. Мое решение провести исследование является свободным и добровольным, что я удостоверяю своей подписью.

Я отдаю себе отчет, что возможные осложнения после получения услуги, устраниемые надлежащим образом в случае их наступления, не являются вредом здоровью.

Дополнительных условий мною не выдвигается.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

На указанных условиях и в соответствующем им порядке, я подтверждаю свое согласие на проведение рентгенологического исследования полости рта в ООО Стоматология "Свет Улыбки", о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ (Иванов Иван Иванович)

Расписался в моем присутствии и
провел беседу врач: _____ (Петренко С.А.)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на проведение терапевтического стоматологического лечения.**

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», Постановлением Правительства РФ № 1006 от 04.10.2012 г. «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», сообщена вся необходимая информация о предстоящих мне медицинских услугах, и что я согласен (согласна) с названными мной условиями их проведения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала терапевтического стоматологического приема(оказания услуги). Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я, Иванов Иван Иванович, проживающий(ая): г. Воронеж ,ул.Туполева д. 1, кв. 1, телефон:89601111111, подтверждаю свое согласие на проведение лечения в ООО Стоматология «Свет Улыбки». Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения:

1. Диагноз.
2. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.
3. Индивидуальный рекомендованный план лечения.
4. Предварительная стоимость лечения.
5. Допустимость коррекции намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач. В частности: кариозное поражение, которое кажется небольшим, может при обработке зуба оказаться значительной полостью, а следовательно, потребуется реставрация значительной части зуба или постановка коронки (по ситуации); при обширном кариозном поражении возможно возникновение необходимости лечения корневых каналов.
6. Возможные альтернативные варианты, а именно: удаление пораженного зуба (пораженных зубов), непроведение лечения, покрытие зуба коронкой либо изготовление ортопедической вкладки, винира.
7. Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения: прогрессирование кариеса, развитие его осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений, потеря зуба (зубов); нарушения общего состояния организма.
8. Возможные осложнения под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вклоа, снижение внимания, аллергические реакции.
9. Возможные последствия приема аналгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции; изменения витаминного, иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры.

10. Возможные осложнения после постановки пломбы (спустя неделю и более): воспаление пульпы вследствие проникновения сюда бактерий кариозного поражения, если слой дентина тонкий (глубокий кариес) или повреждается в процессе обработки зуба; в этом случае потребуется: а)снять поставленную пломбу, б)пролечить каналы, в)поставить новую пломбу; возникновение постоперативной чувствительности или боли при накусывании, вследствие чего может возникнуть необходимость замены пломбы; обострение герпетической инфекции.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.

Мне названы и со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения; сроки проведения лечения.

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

Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования: ТРГ дополнительного рентгеновского обследования; консультация стоматолога(ов) иного профиля; консультация у врача(ей) общего медицинского профиля.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

На указанных условиях и в соответствующем им порядке, я подтверждаю свое согласие на проведение лечения в ООО Стоматология "Свет Улыбки", о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ (Иванов Иван Иванович)

Расписался в моем присутствии и
провел беседу врач: _____ (Петренко С.А.)

14 Декабря 2021 г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на проведение эндодонтического лечения.

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», Постановлением Правительства РФ № 1006 от 04.10.2012 г. «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», сообщена вся необходимая информация о предстоящих мне медицинских услугах и что я согласен (согласна) с названными мною условиями их проведения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала эндодонтического лечения. Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Эндодонтическое лечение имеет своей целью раскрытие полостей корневой системы, их механическую и медикаментозную обработку для дезинфекции, а также постоянное пломбирование корневых каналов для обеспечения стабильного долговечного результата. Положительный результат эндодонтического лечения в виде исчезновения воспаления в области верхушки корня проявляется в период от шести месяцев до двух лет. Средний статистический показатель восстановления – 90%, средний статистический показатель улучшения – 10%.

Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба, а также системные проявления заболевания. Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов); отсутствие лечения как такового. Хотя эндодонтическая терапия имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

Врач понятно объяснил мне метод лечения и все возможные осложнения, предложенного лечения и последствия, которые могут возникнуть при отсутствии предложенного лечения, а именно: ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего врач может назначить лекарственные препараты, если сочтет это нужным; во время лечения корневых каналов, особенно искривленных, возможна поломка инструментов, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала, либо инструмент может перфорировать стенку корня. Хотя это происходит редко, тем не менее, такие осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и могут повлечь за собой потерю зуба или вызвать необходимость применения других манипуляций; если возникает необходимость лечения корневых каналов зуба, покрытого одиночной коронкой, либо являющегося опорой несъемного протеза, то при создании доступа к корневым каналам данного зуба и его изоляции коффердамом может произойти повреждение ортопедической конструкции, либо может возникнуть необходимость снятия всей ортопедической конструкции (при этом также возможно ее необратимое повреждение).

Также, при попытке снять ортопедическую конструкцию может произойти перелом самого зуба, что может привести к его удалению; даже при успешном завершении эндодонтической терапии нельзя дать гарантии, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем.

При перелечивании корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения снижается, что связано: с невозможностью удалить старую корневую пломбу, либо инородное тело из корневого канала; с плохой проходимостью корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфораций, поломки инструментов); с резистентностью микрофлоры корневых каналов к антисептическим препаратам.

Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтической терапии. Врач также объяснил мне необходимость обязательного восстановления зуба после проведения эндодонтического лечения. Я понимаю, что после лечения корневых каналов мой зуб будет более хрупким и, по усмотрению врача, его нужно будет защитить от перелома путем установления коронки (вкладки).

При лечении каналов результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применением им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я обязуюсь приходить на все посещения согласованные с врачом для оказания мне качественной услуги.

Я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения и обязуюсь приходить на контрольные осмотры в назначенное время, согласованное с врачом и записанное в медицинской карте. Я отдаю себе отчет, что возможные осложнения после получения услуги, устранимые надлежащим образом в случае их наступления, не являются вредом здоровью.

Дополнительных условий мною не выдвигается.

Я внимательно ознакомился (лась) с данным документом и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

На указанных условиях и в соответствующем им порядке, я подтверждаю свое согласие на проведение эндодонтического лечения в ООО Стоматология "Свет Улыбки", о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ (Иванов Иван Иванович)
Расписался в моем присутствии и
проводил беседу врач: _____ (Петренко С.А.)

14 Декабря 2021 г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на проведение ортопедического лечения.

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», Постановлением Правительства РФ № 1006 от 04.10.2012 г. «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», сообщена вся необходимая информация о предстоящих мне медицинских услугах и что я согласен (согласна) с названными мною условиями их проведения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала консультативного приема. Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я, Иванов Иван Иванович, проживающий(ая): г. Воронеж ,ул. Туполева д.1, кв.1, телефон:89601111111, врачом проинформирован (а) о необходимости ортопедического лечения.

Ортопедическое лечение имеет своей целью долговременное замещение дефектов зубного ряда, улучшение функции жевания и (или) эстетическую реабилитацию.

Я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и самого протезирования.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами протезирования, которые, в моем случае, будут иметь меньший клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение жевательного органа). Последствиями отказа от протезирования вообще могут быть: перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата зубов остаточного прикуса, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

Я согласен(а) с предложенным мною планом лечения.

Я проинформирован(а), что в период проведения манипуляций в полости рта; анестезии, обработки ~~зубов, снятии~~ оттисков, корректировке прикуса возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость ~~отдельных~~ материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, ~~расстройств~~ 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 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.

Я проинформирован(а) о том, что при постановке временной конструкции возможна ее поломка и ~~расщемление~~ расщемировка.

Меня предупредили, что в отдельных случаях может возникнуть необходимость изготовления нового протеза.

При оказании ортопедической помощи гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей

квалификации, применением им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я понимаю необходимость регулярных контрольных осмотров у врача и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры по графику, обговоренному с доктором и записанному в медицинскую карту.

Я проинформировал врача о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я отдаю себе отчет, что возможные осложнения после получения услуги, устранимые надлежащим образом в случае их наступления, не являются вредом здоровью.

Дополнительных условий мною не выдвигается.

Я внимательно ознакомился (лась) с данным документом и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

На указанных условиях и в соответствующем им порядке, я подтверждаю свое согласие на проведение ортопедического лечения в ООО Стоматология "Свет Улыбки", о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ (Иванов Иван Иванович)

Расписался в моем присутствии и
провел беседу врач: _____ (Петренко С.А.)

14 Декабря 2021 .

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на проведение хирургического вмешательства.

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», Постановлением Правительства РФ № 1006 от 04.10.2012 г. «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», сообщена вся необходимая информация о предстоящих мне медицинских услугах и что я согласен (согласна) с названными мною условиями их проведения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала проведения хирургического вмешательства. Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я, Иванов Иван Иванович, проживающий(ая): г. Воронеж ,ул. Туполева д.1, кв.1, телефон:89601111111, проинформирован(а) врачом о необходимости хирургической операции.

Хирургическое лечение имеет своей целью создание благоприятных условий для выздоровления и (или) реабилитации пациента за счет внедрения в ткани организма.

Последствиями отказа от данной операции могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма.

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

Основные осложнения оперативного лечения обусловлены, в первую очередь, анатомо-физиологическими особенностями моего организма. Хирургическое лечение в области верхней челюсти проводится при непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе. При перфорации дна пазухи носа возможно воспалительное осложнение в этой области. При хирургических вмешательствах в области нижней челюсти, при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу, возможно онемение языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти. Осложнения оперативного лечения также могут быть обусловлены наличием уже имеющегося хронического либо острого патологического процесса челюстно-лицевой области (остеомиелит, кисты и др.).

Мне понятно, что послеоперационный, восстановительный процесс строго индивидуален по длительности и характеру лечения. Может возникнуть отечность десны в области проведенной операции или лица после хирургического вмешательства; тризм (ограниченное открывание рта), которые могут быть в течении нескольких дней и [] дальше. Я осведомлен(а), что отсутствие регенерации костного послеоперационного дефекта непрогнозируемо и может привести к необходимости последующего этапа оперативного лечения, направленное на пластическое замещение костного дефекта. Вследствие оперативного лечения возможно возникновение онемения в области оперативного вмешательства, формирования рубца.

При этом я информирован(а) о других способах лечения, их преимуществах и недостатках. Я также информирован(а), что в ряде конкретных случаях вид хирургического вмешательства является единственным. Альтернативой лечения является отсутствие (отказ от) лечения.

Мне известно, что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширение или отказ от запланированного объема).

В дальнейшем, после завершения оперативного вмешательства и периода заживления раны, могут быть оговорены вид и время последующего хирургического (по показаниям) и ортопедического (зубопротезного) лечения. Мне известно, что до начала хирургического вмешательства я могу отказаться от его проведения. Мне понятен предлагаемый метод лечения, а также я согласен(а) с возможным расширением его объема и изменениями в процессе операции по показаниям.

Я подтверждаю, что в Анкете анамнеза назвал(а) все известные имеющиеся у меня болезни и недуги. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья. О требуемом санитарно-гигиеническом и медикаментозном режиме перед операцией и после ее я осведомлен(а), в особенности о том, что в день операции возникает ограничение в управлении транспортным средством; после операции необходима щадящая диета, тщательная гигиена полости рта.

При оказании хирургической помощи результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применением им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения и обязуюсь приходить на контрольные осмотры в назначенное время, согласованное с врачом и записанное в медицинской карте.

Я отдаю себе отчет, что возможные осложнения после получения услуги, устранимые надлежащим образом в случае их наступления, не являются вредом здоровью.

Дополнительных условий мною не выдвигается.

Я внимательно ознакомился (лась) с данным документом и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

На указанных условиях и в соответствующем им порядке, я подтверждаю свое согласие на проведение хирургического вмешательства в ООО Стоматология "Свет Улыбки", о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ (Иванов Иван Иванович)

Расписался в моем присутствии и
провел беседу врач: _____ (Петренко С.А.)

14 Декабря 2021 г.