

# ОБРАЗЕЦ ДОГОВОРА НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г.Курск

от 01.09.2023

Общество с ограниченной ответственностью «Космо-Дент», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Шварц Натальи Евгеньевны, действующего на основании устава с одной стороны и ФИО,

(Ф.И.О. потребителя (заказчика))

Возраст 01.07.1999года рождения, действующий (-ая) от своего имени и в своих интересах, как физическое лицо, именуемый (-ая) в дальнейшем «Потребитель (Заказчик)», с другой стороны, совместно именуемые стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

## 1. Предмет договора.

1.1. В течение срока действия договора Исполнитель, при каждом обращении **Потребителя (Заказчика)**, оказывает **Потребителю (Заказчику)** на возмездной основе медицинские услуги (далее – Услуги), а **Потребитель (Заказчик)** оплачивает каждую оказываемую Исполнителем Услугу.

1.2. Наименование, срок (дата) и стоимость каждой Услуги по договору, включая первичную консультацию врача (при необходимости), указывается в Списке платных медицинских услуг, форма которого указана в Приложении № 1 к настоящему договору (в дальнейшем – Список). Все Списки являются неотъемлемыми частями договора.

1.3. Исполнитель оказывает **Потребителю (Заказчику)** Услуги на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности от 10 апреля 2014 г. № ЛО-46-01-001055, выданной комитетом здравоохранения Курской области (адрес лицензирующего органа: город Курск, Красная площадь, д. 6, тел. 51-47-20). Услуги оказываются по адресу: 305014 г. Курск, проспект Победы, д. 18 т.: 8 (4712) 389694. 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:** сестринскому делу; сестринскому делу в косметологии; рентгенологии;
- **При оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:** косметологии; организации

**здравоохранения и общественному здоровью;** стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической.

ОГРН: 1034637040734 от 06.11.2003

1.4. При заключении договора **Потребителю (Заказчику)** в доступной форме была представлена информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

1.5. При заключении договора **Потребителю (Заказчику)** в доступной форме была представлена информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

1.6. Потребитель(заказчик), получая от медицинские услуги подтверждает, что Исполнитель в доступной для Потребителя форме и в соответствии требованиям законодательства РФ ознакомил его с: правилами предоставления медицинских услуг ,политикой обработки персональных данных, условиями оказания и получения услуг, правилами внутреннего распорядка для потребителя, режимом работы ООО «Космо-Дент».

1.7. Предоставленные в рамках настоящего договора медицинские услуги соответствуют номенклатуре медицинских услуг, утвержденной Министерством здравоохранения Российской Федерации ( Приказ Минздрава РФ от 13.10.2017 № 804Н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»).

## **2. Обязательства и права Сторон.**

2.1. Исполнитель обязуется оказывать Услуги в соответствии с требованиями законодательства РФ, а также Положением о порядке и условиях предоставления платных услуг Исполнителем (в дальнейшем – Положение) и иными локальными документами Исполнителя. Исполнитель оказывает Услуги в соответствии с Перечнем платных медицинских услуг (Приложение № 1 к Положению), далее – Перечень Услуг.

2.2. При отсутствии у **Потребителя (Заказчика)** по факту оказания Услуги претензий к Исполнителю по качеству, стоимости и срокам оказания Услуги, Услуга считается полученной **Потребителем (Заказчиком)** в

полном объеме и оказанной Исполнителем в соответствии с условиями Договора.

2.3. Исполнитель оказывает Услуги по ценам, указанным в действующем у Исполнителя на момент оказания Услуги прейскуранте (далее – Прейскурант).

2.4. Исполнитель, по месту оказания Услуги, обеспечивает **Потребителю (Заказчику)** возможность ознакомления с указанными в разделе 1 договора лицензией и приложением к ней, Положением, Перечнем услуг, Прейскурантом, режимом работы Исполнителя, перечнем категорий граждан, имеющих право на получение льгот (Приложение 2 к Положению).

2.5. Исполнитель вправе отказать **Потребителю (Заказчику)** в оказании Услуги при нарушении им требований настоящего договора и в иных установленных в законодательстве РФ случаях.

2.6. Исполнитель вправе в одностороннем порядке изменять локальные документы, регламентирующие условия оказания Услуги Исполнителем, в том числе Положение, Перечень Услуги, Прейскурант, Приложения к Положению, своевременно размещая обновленную информацию по месту оказания Услуги.

#### **Потребитель (Заказчик) обязан:**

2.7.1. ознакомиться с указанными в настоящем договоре документами и исполнять их условия, а также требования настоящего договора и действующего законодательства РФ. **Потребитель (Заказчик)** несет любые риски, связанные с нарушением им настоящего пункта.

2.7.2. подписывать добровольные информированные согласия по форме утвержденной законодательством РФ, при каждом обращении к Исполнителю и оплачивать полную стоимость каждой Услуги до момента её оказания в соответствии со Списком (через кассу Исполнителя или по безналичному расчету). Оплата Услуги с проставлением отметки об оплате Услуги (Услуги) на Списке является акцептом **Потребителя (Заказчика)** соответствующего Списка услуг (акцептом условий оказания Услуги).

2.8. **Потребитель (Заказчик)** вправе отказаться от получения Услуги либо до момента начала их оказания и получить обратно оплаченную сумму за вычетом стоимости возмещения Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания Услуги, либо на любом этапе получения Услуги и получить обратно часть оплаченной суммы за вычетом стоимости возмещения Исполнителю затрат за уже оказанные Услуги. Возврат денежных средств осуществляется Исполнителем по отдельному письменному заявлению в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения соответствующего заявления от **Потребителя (Заказчика)**.

Денежные средства возвращаются **Потребителю (Заказчику)** в той же форме (наличной через кассу или безналичной на счет **Потребителя (Заказчика)**), в какой они были получены от него Исполнителем.

2.9. Иные права и обязательства, вытекающие из предмета настоящего договора, а также ответственность Сторон, определяются в соответствии с действующем законодательством РФ и при этом Исполнитель несет ответственность перед **Потребителем (Заказчиком)** только в размере документально подтвержденного реального ущерба и при доказательстве **Потребителем (Заказчиком)** факта ненадлежащего оказания услуг Исполнителем.

2.10. По требованию **Потребителя(Заказчика)** в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения соответствующего запроса и в соответствии с частью 3 пункта 1 статьи 219 Налогового кодекса РФ предоставить ему документы, дающие право на получение налогового вычета по НДФЛ.

2.10.1. По требованию **Потребителя(Заказчика)** после исполнения договора Исполнителем в течении 10 рабочих дней с даты поступления соответствующего запроса и в соответствии с приказами 1050Н, 789Н, 972Н предоставить медицинскую документацию (копия медицинских документов, выписки из медицинских документов) отражающих состояние здоровья после получения платных медицинских услуг.

2.11. При заключении договоров возмездного оказания медицинских услуг с физическими лицами (законными представителями) выдавать «Акт сдачи-приемки оказанных платных медицинских услуг по договору возмездного оказания медицинских услуг физическому лицу (законному представителю)» только по запросу **Потребителя (Заказчика)** (приложение № 2 к договору).

2.12. Исполнитель освобождается от ответственности в установленных законодательством случаях, а также если докажет, что ухудшение состояния здоровья **Потребителя (Заказчика)** возникло не вследствие оказанной Услуги.

2.13. В случае возникновения любых противоречий, претензий и разногласий, а также споров, связанных с исполнением настоящего договора, стороны, до передачи спора на рассмотрение в суд, в обязательном порядке направляют друг другу письменные претензии. Срок ответа на претензию – 10 (десять) дней со дня, следующего за днем получения претензии. Отсутствие ответа на претензию не означает признания указанных в ней требований.

2.14. Стороны согласились, что настоящий договор, а также иные документы, связанные с его исполнением, могут быть подписаны уполномоченным лицом Исполнителя с использованием факсимильного воспроизведения

подписи. При этом факсимильная подпись будет иметь такую же силу, что и подлинная подпись уполномоченного лица.

### **3. Ответственность сторон**

3.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

3.2. Исполнитель несет ответственность перед **Потребителем (Заказчиком)** только за умышленные виновные действия персонала.

Исполнитель освобождается от ответственности перед **Потребителем (Заказчиком)** в следующих случаях:

3.3.1. При нарушении **Потребителем (Заказчиком)** условий настоящего Договора, в том числе при возникновении осложнений из-за невыполнения **Потребителем (Заказчиком)** рекомендаций, предписаний или назначений врача, или при несвоевременном извещении Исполнителя о возникших осложнениях.

3.3.2. При возникновении аллергии или непереносимости препаратов и материалов, разрешенных к применению.

3.3.3. При отказе **Потребителем (Заказчиком)** от медицинских вмешательств, рекомендованных Исполнителем.

3.3.4. При неявке **Потребителя (Заказчика)** на контрольный осмотр. В этом случае, в медицинской документации **Потребителя (Заказчика)** врачом делается запись о неявке на прием со стороны **Потребителя (Заказчика)** и отсутствии жалоб, претензий.

В случае неявки **Потребителя (Заказчика)** на контрольный осмотр или при обращении **Потребителя (Заказчика)** в другое лечебное учреждение Исполнитель не несет ответственности за достижение желаемого результата от процедур.

### **4. Порядок разрешения споров**

4.1 Все споры, вытекающие из настоящего Договора, Стороны будут по возможности решать путем ведения переговоров. При невозможности достижения согласия спор подлежит передаче на рассмотрение суда в соответствии с законодательством РФ.

4.2. В случае возникновения любых противоречий, претензий и разногласий, а также споров, связанных с исполнением настоящего договора, стороны, до

передачи спора на рассмотрение в суд, в обязательном порядке направляют друг другу письменные претензии. Срок ответа на претензию – 10 (десять) дней со дня, следующего за днем получения претензии. Отсутствие ответа на претензию не означает признания указанных в ней требований.

## **5. Заключительные положения.**

5.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует в течении 12 месяцев. Договор может быть прекращен по письменному заявлению Законного представителя, при условии оплаты в полном объеме ранее оказанных Услуг, а также по инициативе Исполнителя в случаях и в порядке указанных в законодательстве и в договоре.

5.2. Договор может быть изменен по письменному соглашению сторон.

5.3. По вопросам, не отраженным в договоре, стороны руководствуются законодательством Российской Федерации. Все приложения к договору являются его неотъемлемыми частями.

5.4. Стороны признают, что договор рассматривается исключительно в совокупности с документами, указанными в п.п. 1.2., 1.3., 2.1-2.4., 2.8. договора.

5.5. Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих равную силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

## **6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

4.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

4.2. Договор пролонгируется сроком на 1 год при необходимости длительного лечения или повторного проведения комплекса процедур.

4.3. Настоящий договор может быть расторгнут Сторонами до окончания срока его действия.

## **7. ГАРАНТИЙНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА, УСТАНОВЛЕННЫЕ ИСПОЛНИТЕЛЕМ**

5.1. Гарантийные сроки устанавливаются только на услуги, имеющие о вещественный результат: пломбы, восстановления, несъемные и съемные зубные протезы, имплантаты и т.п. На профессиональную гигиену,

отбеливание, хирургические манипуляции (кроме имплантации) и другие не овеществленные работы и услуги сроки гарантии не распространяются.

5.2. На постоянные пломбы, несъемные постоянные ортопедические конструкции – 1 год.

5.3. На имплантаты, при условии протезирования и лечения, согласно плану лечения, прохождения профилактических осмотров и профессиональной гигиены каждые 6 месяцев, и при условии отсутствия инфекционных процессов в полости рта в течение всего срока, гарантия -1 год.

5.4. На съемные протезы – 6 месяцев.

5.5. На эндодонтическое лечение зубов, каналы которых ранее уже были пролечены не в клинике Исполнителя–2 месяца

5.6. На случаи предоставления услуг по требованию пациента, расходящемуся с предложенным врачом планом лечения (о чем делается соответствующая запись в истории болезни) - 1 день. Временные пломбы -14 дней.

5.7. Гарантийные сроки на все виды работ уменьшаются на половину в следующих случаях:

- В случае неудовлетворительной гигиены полости рта, которая подтверждается гигиеническим индексом.

- Если лечение не закончено и в полости рта были оставлены кариозные зубы, старые несостоятельные пломбы и ортопедические конструкции, патологические зубо-десневые карманы, являющиеся постоянным источником инфекции.

5.8. Гарантия на все виды оказанных услуг полностью утрачивается в следующих случаях:

- Если при возникновении любой стоматологической проблемы пациент не уведомляет лечащего врача нашей клиники в срок до 7 дней включительно и не обращается в клинику в сроки, определенные лечащим врачом после его уведомления.

- При лечении любого вида стоматологической патологии в другой клинике без предварительного уведомления лечащего врача и соответствующей записи в истории болезни.

- Если выполнено протезирование в другой клинике на имплантатах, установленных Исполнителем

- В случае задержки оплаты любой фактически оказанной Заказчику услуги сроком более 1 недели с момента оказания услуги.
- При любом самостоятельном вмешательстве пациента в гарантийную стоматологическую конструкцию.
- При появлении осложнений, возникающих по причине неявки пациента в срок, указанный врачом, или в связи с несоблюдением врачебных рекомендаций и назначений.
- В случае последствий состояний, травм и заболеваний, повлекших нарушение состояния зубочелюстной системы (переломы зубов и челюстей, костей лицевого скелета, тяжелые системные заболевания, лучевая и химиотерапия, оперативные вмешательства и т.п.)
- В случае предоставления недостоверных сведений при оформлении медицинской документации

5.9. Сроки службы постоянных стоматологических конструкций составляют 2 года.

В случае изготовления ортопедической конструкции, Заказчик оплачивает полную стоимость протезирования в виде 100% предоплаты. При отказе Заказчика от протезирования на любом этапе после снятия оттисков, с Заказчика удерживается 50% от полной стоимости Услуги. Ортопедическая конструкция, слепки и модели остаются у Исполнителя. Заказчик имеет право при наличии клинической возможности завершить

протезирование позже, заново оплатив полную стоимость оказанных услуг по протезированию. Препарирование зуба под коронку считается отдельной услугой. В случае отказа пациента от изготовления временных конструкций на препарированные зубы при длительном (более 2 недель) отсутствии пациента после снятия слепков зубы могут изменить свое положение. Ранее изготовленная и не поставленная в полость рта ортопедическая конструкция уже будет непригодна ввиду изменения положения опорных зубов. В этом случае протезирование проводится только после полной повторной оплаты 50 % всей работы.

5.10. Сроки гарантии могут устанавливаться врачами клиники индивидуально для каждого вида Услуг, о чем уведомляется Заказчик и делается соответствующая запись в амбулаторной карте.

## **8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

6.1. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

6.2. Любые изменения и дополнения к настоящему договору должны быть составлены в письменной форме и подписаны сторонами либо их уполномоченными представителями.

6.3. Все споры и разногласия, возникающие между сторонами в процессе исполнения настоящего договора, разрешаются путем переговоров. В случае, если Стороны не могут прийти к соглашению, все споры и/или разногласия, возникшие из настоящего договора или в связи с ним, подлежат разрешению в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации

6.4. Потребитель подтверждает, что при подписании настоящего договора он ознакомлен с перечнем предоставляемых Исполнителем услуг, стоимостью и условиями их предоставления, о действующих льготах для отдельных категорий граждан.

## **9. СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ.**

Я, ФИО, проживающий по адресу: г.Курск., контактный телефон: Место для ввода текста.

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального Закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Космо-Дент», г.Курск, проспект Победы, 18 (далее Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровья, заболевания, в том числе отображенные на фотографиях конкретной области, 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.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие дается мною бессрочно и может быть отозвано путем письменного извещения Оператора. Письменное

извещение Оператора об отзыве своего согласия может быть направлено мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

**Подпись субъекта персональных данных:** \_\_\_\_\_

Дата: 01.09.2023

## 10. Реквизиты и подписи Сторон

### Исполнитель:

Общество с ограниченной ответственностью  
«Космо-Дент» (ООО)

Адрес: 305014, г. Курск, проспект Победы, д.  
18

Почтовый адрес 305014, г. Курск, проспект  
Победы, д. 18

**ИНН/КПП** 4632037429/463201001

**ОГРН** 1034637040734, свидетельство о  
внесении записи в ЕГРЮЛ 46 № 000672155 от  
06.11.2003 г, выдано: инспекция МНС России  
по г. Курску.

### Банковские реквизиты:

ООО «Космо-Дент»

Счет № 40702810733020104280 в Курском  
ОСБ №8596,

КС № 30101810300000000606,

**БИК 043807606**

Телефон: 8(4712) 38-96-94

e-mail: cosmodent@bk.ru

### От Исполнителя:

\_\_\_\_\_  
(должность)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/

(подпись)

(Ф.И.О.)

М.П.

### Законный представитель:

Место  
жительства: \_\_\_\_\_

Место регистрации: \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность  
(паспорт): Серия \_\_\_\_\_ номер

Дата выдачи: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_  
года

Выдавший орган: \_\_\_\_\_

Телефон:

### Потребитель (Заказчик):

Ф.И.О:ФИО

Место жительства:

г.Курск.

Дата рождения: Возраст 01.07.1999

Законный представитель:

\_\_\_\_\_  
(полностью ф.и.о. и подпись)

## **ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Пожалуйста, внимательно прочитайте каждый пункт и задайте врачу необходимые вопросы, прежде чем поставить подпись.

Я, ФИО в соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона № 323 "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство: стоматологическое лечение. Я в полной мере проинформирован (а) о целях, методах, возможном риске, вариантах, последствиях, результатах данного медицинского вмешательства. Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно соглашаюсь на медицинское вмешательство.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу заболевания, осведомлен(а) об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время указанного медицинского вмешательства, включая анестезию и прием лекарственных средств, и понимаю, что существует определенная степень риска возникновения побочных эффектов и осложнений, аллергических реакции и др. **Запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением:** \_\_\_\_\_

До меня была доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях введения медицинских препаратов в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена.

**Я согласен(а) на применение всех необходимых по моему состоянию здоровья лекарственных препаратов (в том числе на осуществление местной анестезии, и это после того, что мне ясны и понятны риск и осложнения, связанные с местной анестезией, включая временные ограничения открывания рта), за исключением:** \_\_\_\_\_

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы.

Кроме того, я даю разрешение медицинским работникам проводить любые диагностические мероприятия (в том числе рентгенологические

исследования), которые они сочтут необходимыми.

В соответствии с Приказом МЗСР РФ от 23.04.2012 г. N 390 я также даю согласие на проведение при необходимости следующих вмешательств:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия 3. Антропометрические исследования. 4. Термометрия. 5. Тонометрия. 6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций. 7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций. 8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы). 9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические. 10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных). 11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования. 12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно. 13. Медицинский массаж. 14. Лечебная физкультура.

**Я разрешаю передать информацию о нахождении на лечении и состоянии здоровья следующим лицам:**

\_\_\_\_\_

**Я внимательно ознакомился (лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.**

**Подпись пациента и расшифровка Р** \_\_\_\_\_

**Подпись врача и расшифровка:** \_\_\_\_\_

**Дата:** 01.09.2023

## **ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

Пожалуйста, внимательно прочитайте каждый пункт и задайте врачу необходимые вопросы, прежде чем поставить подпись.

Я, ФИО настоящим заявляю и подтверждаю, что получил(а) детальные объяснения в устной форме о необходимости стоматологического лечения. Мне объяснено, что:

### **1. Лечение кариеса**

Лечение кариеса заключается в удалении пораженных кариозным процессом тканей зуба, медикаментозной обработке подготовленной полости, с последующим восстановлением коронки зуба пломбировочным материалом. Врач объяснил мне, что достоверно точно опередить объем и глубину пораженных кариесом тканей возможно только в процессе вмешательства а, следовательно, может увеличиться предполагаемый объем восстановления зуба (пломбирования, реставрации), о чем врач меня предупредит заранее, в процессе лечения. Также мне объяснено, что при глубоком распространении кариозного процесса - начальном пульпите, в пульпе (нерве) зуба определяются начальные воспалительные явления, которые в большинстве случаев являются обратимыми. Поэтому наиболее предпочтительным для здоровья и лучшего долгосрочного прогноза при этой стадии кариозного процесса, является сохранение жизнеспособности пульпы(нерва) путем наложения лечебной подкладки с последующим восстановлением зуба пломбой.

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.

В случае сохранения жизнеспособности пульпы зуба, по независящим от врача и правильности манипуляций причинам, существует риск воспаления пульпы зуба (необратимого),развития воспалительного процесса в тканях вокруг корня зуба, как в процессе, так и после постановки постоянной пломбы.

Я информирован, что в этом случае за дополнительную плату, согласно действующему на момент лечения прейскуранту, будет проведено лечение корневых каналов зуба.

## 1. Эндодонтическое лечение

Эндодонтическое лечение – лечение корневых каналов зуба 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 3-х месяцев до 2 лет.

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, 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 может понадобиться назначение лекарственных препаратов;
- во время лечения корневых каналов, особенно искривленных, склерозированных, ранее леченных резорцин-формалиновым методом 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 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, инородное тело, металлический, стекловолоконный штифт из корневого канала;
- с плохой проходимостью корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфораций, поломки инструментов).
- с резистентностью (устойчивостью) 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 понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения и обязуюсь приходить на контрольные осмотры в назначенное время, согласованное с врачом и записанное в медицинской карте.

Мне объяснён в доступной и понятной форме основной план лечения, сроки, смета, включая ожидаемые результаты, риск и пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, а также необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим.

Мне объяснены сопутствующие явления планируемого лечения, включая: боль, неудобство, припухлость, чувствительность к холоду и теплу, синяки на лице, шее, долго не проходящее онемение губ, щек, подбородка.

Во время осуществления основного плана существует вероятность того, что необходимо частично или полностью изменить данный план лечения. Могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее, вплоть до удаления зубов не поддающихся консервативному лечению, а также направление к другим специалистам (хирургу, пародонтологу, ортодонт, и т.д.), и мне это известно. В связи с этим, точная смета, точная продолжительность лечения в том числе и этапов зависящих от лечения, (например, протезирования) может изменяться.

Я понимаю, что возможные осложнения после получения услуги, устраняемые надлежащим образом в случае их наступления, не являются вредом здоровью.

Мне известно, что в целях улучшения и повышения точности диагностических мероприятий, а также в соответствии с положением внутреннего контроля качества оказываемых услуг в клинике Исполнителя до начала, в процессе и после лечения врачом будет произведено фотографирование зубов, зубных рядов, слизистых оболочек, губ, нижнего отдела лица, улыбки. Я даю свое согласие на фотопротоколирование процесса лечения и использование в дальнейшем изображений отснятых зубов в научных целях, а также в целях информирования иных пациентов. Полученные фотоматериалы не будут использоваться клиникой для целей идентификации личности, а потому не являются биометрическими данными и их обработка не требует письменного согласия пациента на обработку биометрических данных.

Мне ясна вся важность передачи точной достоверной информации о состоянии моего здоровья, а также выполнении всех полученных от врача и персонала рекомендаций, касающихся соблюдения гигиены полости рта, проведения консервативного лечения, в котором я буду нуждаться, и визитов в указанные сроки.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них. Вся информация была мне разъяснена до начала лечения. Дополнительных условий мною не выдвигается.

**Я внимательно ознакомился (лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты. Я подтверждаю согласие на проведение мне терапевтического (в том числе эндодонтического) лечения.**

**Подпись пациента и  
расшифровка: Р**

Я подтверждаю, что объяснил

**Подпись врача и  
расшифровка:**

Дата: 01.09.2023