**УТВЕРЖДЕНО**

**приказом генерального директора**

*30 июля 2022 года* *№ 10п*

**ПОЛОЖЕНИЕ**

**об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядок их оплаты в ООО «МЕДИАЛ»**

г. Павловский Посад

2022

**1.Общие положения**

1.1.Положение об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг

* ООО «**МЕДИАЛ**» определяет порядок организации и проведения медицинских услуг в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации, а также на основе стандартов оказания медицинской помощи.

1.2 Настоящее Положение разработано в соответствии с:

* + Конституцией Российской Федерации от 12.12.1993;
  + Гражданским кодексом Российской Федерации от 30.11.1994 № 51-ФЗ;
  + Федеральным законом Российской Федерации от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»;
  + Федеральным законом Российской Федерации от 21.11.2011 года № 323-Ф3 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
  + Законом Российской Федерации от 07.021992г. № 2300-1 «О защите прав потребителей»;
  + Постановлением Правительства Российской Федерации от 15.04.2012 года №291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»;
  + Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012г. №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»;
  + Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2012г. №1177 «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства;
  + Перечнем определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082;
  + Уставом Общества с ограниченной ответственностью «МЕДИАЛ».

**2. Цели и задачи условий, порядка, формы предоставления платных**

**медицинских услуг**

2.1*.Целью порядка оказания медицинских услуг* является обеспечение прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными

для исполнения на территории Российской Федерации, а также на основе стандартов медицинской помощи.

2.2.Основные понятия, используемые при организации и проведении платных медицинских услуг:

**«платные медицинские услуги»** -медицинские услуги,предоставляемые навозмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования (далее - договор);

**«потребитель»** -физическое лицо,имеющее намерение получить,либополучающее медицинские платные услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом;

**«заказчик»** -физическое(юридическое)лицо,имеющее намерение заказать(приобрести), либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;

**«исполнитель»** -медицинская организация,предоставляющая платныемедицинские услуги потребителям;

**«медицинская организация»** -юридическое лицо независимо оторганизационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

1. **Порядок оказания платных медицинских услуг**

3.1.Платные медицинские услуги предоставляются на основании видов работ (услуг), составляющие медицинскую деятельность в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности №ЛО41-01162-50/00359712 от 15 сентября 2019 года, срок действия: бессрочно, выданной министерством здравоохранения Московской области ([143407, Московская область, г. Красногорск-7, бульвар Строителей, д. 1](http://mz.mosreg.ru/kontakty), тел.(498)602-03-52). *Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией:*

*При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):*

*При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие*

*работы (услуги):*

*при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях*

*по:*

*вакцинации (проведению профилактических прививок);*

*медицинскому массажу;*

*сестринскому делу;*

*сестринскому делу в косметологии;*

*сестринскому делу в педиатрии;*

*при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:*

*педиатрии;*

*терапии;*

*при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного*

*стационара по:*

*терапии;*

*при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных*

*условиях по:*

*акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных*

*технологий и искусственного прерывания беременности);*

*акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности);*

*гастроэнтерологии;*

*дерматовенерологии;*

*кардиологии;*

*косметологии;*

*неврологии;*

*онкологии;*

*оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации);*

*офтальмологии;*

*психиатрии;* *рии-наркологии;*

*сердечно-сосудистой хирургии;*

*стоматологии общей практики;*

*стоматологии ортопедической;*

*стоматологии терапевтической;*

*травматологии и ортопедии;*

*ультразвуковой диагностике;*

*функциональной диагностике;*

*эндокринологии;*

*при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного*

*стационара по:*

*акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивныхтехнологий и искусственного прерывания беременности);*

*При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы*

*(услуги) по:*

*экспертизе временной нетрудоспособности;*

*экспертизе профессиональной пригодности;*

*При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы*

*(услуги) по:*

*медицинским осмотрам (предварительным, периодическим);*

*медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым);*

*медицинским осмотрам профилактическим;*

*При проведении медицинских освидетельствований организуются и выполняются следующие*

*работы (услуги) по:*

*медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению*

*оружием;*

*медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению*

*транспортным средством.*

3.2.ООО «МЕДИАЛ» определяет цены (тарифы) на предоставление платных медицинских услуг самостоятельно. Стоимость медицинской помощи или цена отдельной медицинской услуги, предоставляемой ООО «МЕДИАЛ», определяется из утвержденного Прейскуранта цен ООО «МЕДИАЛ».

3.3.Граждане имеют право на получение платных медицинских услуг предоставляемых по их желанию при оказании медицинской помощи, и платных немедицинских услуг (сервисных и иных услуг), предоставляемых дополнительно при оказании медицинской помощи.

3.4.Платные медицинские услуги оказываются пациентам за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования по ценам (тарифам) на предоставляемые платные медицинские услуги, определенные исполнителем самостоятельно.

3.5. платные медицинские услуги оказываются в соответствии с: положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.6.Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

3.7.В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3.8.Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида нормативными правовыми актами Российской Федерации.

3.9.Платные медицинские услуги предоставляются при наличии: согласия на обработку персональных данных (Приложение № 1), информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан (Приложение № 1.1, Приложение № 1.2, 1.22, 1.23, 1.24), либо отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов вмешательств (Приложение № 1.3).

**4. Порядок заключения договора и оплаты медицинских услуг**

4.1.Договор заключается потребителем (заказчиком) и исполнителем в письменной форме.

4.2.Договор на оказание медицинских услуг (Приложение № 1.4 и Приложение

1.5) включает следующую информацию:

а) ***ООО*** ***«МЕДИАЛ»:***

* наименование ООО «МЕДИАЛ», адрес места нахождения,

данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;

* номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность ООО «МЕДИАЛ», в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего его лицензирующего органа;
* реквизиты ООО «МЕДИАЛ»;

-должность, фамилию, имя, отчество лица, заключающего договор от имени медцентра, и его подпись;

-телефоны ООО «МЕДИАЛ»

б) **о физическом лице:**

* фамилию, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон потребителя, и его подпись;

в) **о юридическом лице:**

* наименование, адрес места нахождения заказчика и телефон - юридического лица;

**-**должность,фамилию,имя,отчество лица,заключающего договор с ООО «МЕДИАЛ»», от имени заказчика, и его подпись;

* реквизиты заказчика - юридического лица;

г) перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором;

д) стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты;

е) условия и сроки предоставления платных медицинских услуг;

ж) ответственность сторон за невыполнение условий договора;

з) порядок изменения и расторжения договора;

и) иные условия, определяемые по соглашению сторон.

4.3.Договор составляется в 3-х экземплярах, один из которых находится у исполнителя, второй - у заказчика, а третий – у потребителя. В случае если договор заключается потребителем и исполнителем, он составляется в 2-х экземплярах, каждый из которых имеет одинаковую юридическую силу.

4.4.На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета, составление которой по требованию потребителя (заказчика) или исполнителя является обязательным, при этом она является неотъемлемой частью договора.

4.5.В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, исполнитель обязан предупредить об этом потребителя (заказчика). Дополнительные медицинские услуги на возмездной основе предоставляются только с письменного согласия потребителя (заказчика).

4.6.В случае отказа потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом исполнитель информирует потребителя (заказчика) о расторжении договора по инициативе потребителя, при этом потребитель (заказчик) оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

4.7.Потребитель(заказчик) обязан оплатить предоставленную исполнителем медицинскую услугу в сроки и в порядке, которые определены договором путем внесения денежных средств в кассу медицинской организации или безналичных средств на расчетный счет организации.

4.8.Потребителю (заказчику) в соответствии с законодательством Российской Федерации исполнителем выдает документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца).

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

**5. Ответственность исполнителя и контроль за предоставлением платных**

**медицинских услуг**

5.1.За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинения вреда жизни и (или) здоровью при оказании гражданам платной медицинской помощи.

5.2.Вред, причиненный жизни (или) здоровью пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации. Возмещение причиненного вреда не освобождает медицинских работников от привлечения их к ответственности.

**Приложение № 1**

к договору на оказание платных медицинских услуг

от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА (законного представителя)**

**на СБОР, ОБРАБОТКУ, ПЕРЕДАЧУ И ХРАНЕНИЕ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ и на открытый видеоконтроль**

**Я,** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*Ф.И.О. полностью*),

всоответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных» в целях оказания мне стоматологических медицинских услуг, **подтверждаю свое согласие** на сбор, обработку, передачу и хранение ООО «МЕДИАЛ» (далее - Оператор) моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество; пол; адрес места жительства, телефон, сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях; сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях Оператора, так и предоставляемых мной из других медицинских организаций.

В случае моего согласия на сбор, обработку и хранение моих персональных данных, я предоставляю право медицинским работникам Оператора, а также привлекаемым для решения вопроса по существу моих требований третьим лицам, а именно: приглашенным специалистам со стороны, другим медицинским и экспертным учреждениям по моему выбору или по выбору Оператора, - передавать мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, в интересах моего обследования, установления причин моего обращения и принятия решений по оказанной мне медицинской помощи и требований.

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

Оператор имеет право:

- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами и заключенным со мной договором об оказании платных медицинских услуг: на сбор, предоставление, передачу моих персональных данных иным указанным выше лицам и учреждениям, при условии, что указанные сбор, предоставление и передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты и составляет пять лет. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации.

Я также подтверждаю Оператору свое согласие на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи путем пересылки мне SMS-сообщений на мой номер мобильного телефона: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и/или адрес электронной почты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в том числе и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных, путем подачи Оператору заявления об отзыве настоящего Согласия Оператору лично по месту получения медицинских услуг либо путем направления заказным почтовым отправлением ФГУП «Почта России». В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в день получения заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных. Оператор обязан по моему требованию предоставить мне сведения о прекращении обработки моих персональных данных в течение десяти календарных дней способом, указанным мною в заявлении об отзыве настоящего Согласия.

Я уведомлен(а), что Оператор в целях обеспечения личной и общественной безопасности пациентов, сотрудников клиники и посетителей, предупреждения противоправных действий пациентов, сотрудников и третьих лиц, улучшения качества обслуживания пациентов и иных посетителей, обеспечения сохранности имущества и контроля за неразглашением сотрудниками клиники конфиденциальной информации осуществляется открытый видеоконтроль. В зоне действия видеоконтроля находятся: вход в помещение клиники, холл.

Об этом я уведомлен(а) посредством устной беседы с лечащим врачом и путем визуального осмотра табличек с надписями «Ведется видеонаблюдение».

Мне разъяснено, что доступ к информации, полученной с помощью видеоконтроля, имеет Генеральный директор, а вся информация, полученная с помощью видеоконтроля, является строго конфиденциальной и разглашению не подлежит, за исключением случаев, строго предусмотренных законодательством РФ.

Мне разъяснено, что в соответствии с частью 1 ст. 24 Конституции РФ и пунктами 5,6,8 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» информация, полученная гражданами (физическими лицами) при исполнении ими профессиональных обязанностей или организациями при осуществлении ими определенных видов деятельности (профессиональная тайна), подлежит защите в случаях, если на эти лица федеральными [законами](consultantplus://offline/ref=1DFEC7638300A505F27E35B58DDA737C3E07AE65383140B8B745165FF411J) возложены обязанности по соблюдению конфиденциальности такой информации. Информация, составляющая профессиональную тайну, может быть предоставлена третьим лицам в соответствии с федеральными законами и (или) по решению суда. Не допускаются сбор, хранение, использование и распространение информации о частной жизни, а равно информации, нарушающей личную тайну, семейную тайну, тайну переписки, телефонных переговоров, почтовых, телеграфных и иных сообщений физического лица без его согласия, кроме как на основании судебного решения.

До подписания настоящего Согласия мне лечащим врачом разъяснено мое право в любой момент отозвать свое Согласие. Мне разъяснено мое право заявить запрет на видеоконтроль при моем посещении в лечебном кабинете, при этом такой запрет не может повлиять на качественное моего обслуживания и оказание медицинских услуг. Я имел(а) возможность задать лечащему врачу все вопросы, связанные с моим согласием или отказом от видеоконтроля, и получил(а) на них удовлетворительные ответы.

В соответствии с пунктом 3 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» я выражаю свое согласие на видеоконтроль и хранение видеоматериалов при оказании мне медицинских услуг.

**Настоящее согласие дано мной «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_ г., и распространяет свое действие на срок исполнения настоящего Договора, если мной не будет отозвано ранее.**

**Во всем вышеизложенном я, Пациент расписалась собственноручно:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

(*подпись Пациента) (расшифровка подписи: Фамилия, инициалы)*

***Заполняется представителем медицинской организации***

**Согласие получено:**

Исполнитель: Генеральный директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П.

**Приложение № 1.1**

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "МЕДИАЛ"**

ИНН 5035036409 КПП 503501001 ОГРН 1075035001150 Номер лицензии: ЛО-50-01-011393 от 24.10.2019г

адрес: 142500, Московская область, г. Павловский Посад, ул. Каляева, д.3, офис 1-13

Приложение № 2

к приказу Минздрава от 20.12.2012 № 1177н

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

"\_\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения,

зарегистрированный по адресу:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «МЕДИАЛ».

Медицинским работником доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

(дата оформления)

**Приложение № 1.2**

к медицинской карте

**Информированное добровольное согласие пациента на проведение медицинского стоматологического вмешательства в ООО «МЕДИАЛ»**

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

**при осуществлении терапевтического лечения**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико- санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь в ООО «МЕДИАЛ» (далее Исполнитель).

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

В целях оказания мне (представляемому мной лицу) медицинской стоматологической помощи предоставляю право лечащему врачу, а также по его рекомендациям - другим врачам клиники производить осмотр полости моего (представляемого мной лица) рта для оказания консультации о состоянии здоровья полости рта, диагностики заболеваний полости рта (десен, зубов), установления согласно состояния полости рта (десен, зубов) диагноза и назначения соответствующего лечения.

В целях оказания мне (представляемому мной лицу) медицинской стоматологической помощи предоставляю право лечащему врачу, а также по его рекомендациям - другим врачам клиники принимать самостоятельное решение о применении необходимых на усмотрение врача методов осмотра и обследования, проводить все необходимые исследования (обследования) полости моего (представляемого мной лица) рта для оказания консультации о состоянии здоровья полости рта, диагностики заболеваний полости рта (десен, зубов), установления согласно состояния полости рта (десен, зубов) диагноза и назначения соответствующего лечения.

Мне разъяснено и понятно, что во время предоставления медицинской услуги по осмотру и проведению необходимых исследований категорически запрещается пользоваться мобильным телефоном и другими средствами связи, вмешиваться в действия медицинского работника, осуществлять иные действия, способствующие нарушению предоставления медицинской услуги.

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446). Я информирован(а) о других способах лечения, их преимуществах и недостатках.

Я соглашаюсь получить подробные объяснения по поводу моего состояния здоровья, имеющихся заболеваний, рекомендуемых методов дополнительной диагностики и лечения. Я проинформирован(а) врачом об особенностях предстоящей консультации и даю свое согласие на ее проведение.

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

Я в доступной и понятной мне форме информирован/а/ врачом о результатах предварительного осмотра, получил/а/ сведения о результатах диагностического исследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, обоснование необходимости лечения, методах лечения, связанных с вмешательством рисках.

Я осведомлен/а/, что в процессе медицинского вмешательства может возникнуть необходимость изменения назначенного первоначально лечения из-за возникшей клинической необходимости, а также необходимость назначения дополнительных исследований и процедур, которые мне будет необходимо пройти в процессе лечения. Все указанные изменения и дополнения будут назначаться мне заблаговременно и разъясняться.

Я предупрежден/а/ о поведении в период амбулаторного лечения, мной получены и поняты рекомендации Исполнителя о характере питания, физических нагрузках, других ограничениях, явках на контрольные осмотры и исследования.

Я понимаю, что невыполнение этих рекомендаций может привести к ухудшению моего здоровья, и снижению эффективности лечения по моей вине, из-за этого Исполнитель не сможет предоставить мне гарантии выздоровления, в таком случае я не буду иметь претензий к Исполнителю.

Мне разъяснено, кроме того, что лечебные процедуры могут быть прерваны Исполнителем или отменены из-за их неадекватной плохой переносимости моим организмом, из-за недостаточной исходной подготовленности организма к этим процедурам или при отсутствии положительного результата воздействия. По тем же причинам Исполнителем могут быть заменены лекарственные препараты.

Я знаю, что имею право отказаться от предложенного лечения на любом этапе его осуществления. В то же время, мне разъяснены все возможные последствия этого шага при имеющемся заболевании и его возможном прогрессировании при незавершённом лечении. В этом случае я не буду иметь никаких претензий к Исполнителю.

Я соглашаюсь на анестезию при лечении, выбор метода и препаратов предоставляю Исполнителю.

Я знаю, что после введения анестезии нельзя в течение 24 часов управлять транспортными средствами и сложными механизмами, до окончания действия лекарственных препаратов и восстановления нормального состояния.

Я признаю свою ответственность за умышленное сокрытие или искажение сведений о своем здоровье.

Я доверяю Исполнителю и помогающему ему медицинскому персоналу принимать решения, основанные на их профессиональных знаниях, опыте и практических навыках, а также обязуюсь выполнить любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения моего состояния. Я проинформирован/а/ об альтернативной возможности получить бесплатные медицинские услуги в муниципальных учреждениях.

Я согласен(на) на запись хода медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Я проинформирована, что стоматологические хирургические операции категорически запрещены во время менструации.

Я соглашаюсь с тем, что мне названы и со мной согласованы стоимость отдельных процедур и лечения в целом.

Я понимаю, что в процессе оказания мне услуг возможны нештатные ситуации разного рода, предвидеть которые в момент оформления данного документа невозможно, и признаю право лечебного учреждения выходить из этих ситуаций по своему усмотрению, даже если это связано с неудобствами для меня, но не повредит при этом /моему/ здоровью.

Я информирован(а) об особенностях при терапевтическом лечении и после него:

- гематома после инъекции анестетика;

- постпломбировочные боли при накусывании;

- появление отёка мягких тканей или увеличение имевшегося отёка после терапевтического вмешательства;

- необходимость послабляющего разреза после эндодонтического лечения зубов;

- необходимость удаления зуба в случае неэффективности терапевтических методов;

- возникновение периодонтальных явлений, и изменение рентгенологической картины после пломбировки каналов с плохой проходимостью, или при наличии коллатеральных каналов;

- возможное попадание пломбировочного материала за верхушечное отверстие корня зуба, в периапикальные ткани, полости и каналы при эндодонтическом лечении зубов;

- отлом коронковой части зуба при циркулярном кариесе;

- возможность изменения цвета пломбы при употреблении в пищу в первые сутки после лечения продуктов, содержащих красящие вещества (кофе, свёкла, вишня);

- возможность отлома эндодонтических инструментов в труднопроходимых каналах;

- при наличии желудочно-кишечных заболеваний возможно появление тёмной полосы между пломбой и тканями зуба.

- развитие осложненных форм кариеса (пульпит, периодонтит) после лечения глубокого кариеса;

Я информирован(а) об особенностях при пародонтологическом лечении и после него:

- отёк, гиперемия, боли, зуд, повышение температуры;

- гематомы в области инъекций;

- индивидуальная непереносимость назначенных медикаментозных средств;

- повторный воспалительный процесс пародонта вследствие неудовлетворительного гигиенического ухода за полостью рта;

- увеличение подвижности зубов;

- непрогнозируемый переход процесса из локализованной формы в генерализованную.

Я согласен(на) на неотложное лечение корневых каналов, чтобы по возможности сохранить зуб от удаления. Доктор разъяснил мне преимущество лечения корневых каналов перед удалением и последствия при невыполнении лечения, включая нижеперечисленные и другие возможные осложнения:

- ощущение дискомфорта после лечения, которое может продолжаться довольно длительное время, по поводу чего доктор назначит препараты, если сочтен нужным;

- отечность десны а области леченного зуба или лица после лечения, которые могут сохраниться несколько дней и больше. Частота неудач составляет 5–10 процентов. При неудаче может потребоваться повторное лечение, хирургическое вмешательство в области верхушки или удаление зуба;

- преждевременная утрата зуба вследствие прогрессирующего заболевания парадонта.

Я понимаю, что после лечения корневых каналов или после восстановления сильно разрушенного зуба его нужно будет защитить путем установления коронки по рекомендации доктора.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и

проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Я предупрежден(а) о факторах риска и понимаю, что проведение данного анестезиологического медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечнососудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода в виде летального.

Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске инъекционной анестезии, включая вероятность осложнений:

- аллергические реакции организма на медикаментозные препараты;

- обморок, коллапс, шок;

- травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимися потерей чувствительности,

невритами;

- невралгиями и постинъекционными гематомами.

Основные осложнения инъекционной анестезии обусловлены, в первую очередь, введением в ткани организма специального раствора и реакцией моего организма на него. Введение раствора проводится при помощи иглы, что может сопровождаться травмой мягких тканей и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограниченное открывание рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание может быть затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ. При этом я информирован(а), что в ряде конкретных случаев медицинские вмешательства без анестезии невозможны.

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

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я информирован(а) о том, что для профилактики возникновения описанных непредвиденных обстоятельств будут приняты все необходимые меры предосторожности: подробный сбор анамнеза, проведение манипуляций с учетом моих (представляемого) анатомо-топографических особенностей.

Я информирован(а), что Исполнитель оснащен всем необходимым для оказания экстренной медицинской помощи.

Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского специалиста, участие которого в моем лечении будет необходимо.

Я понимаю, что невозможно точно установить сроки выполнения работ ввиду непредсказуемой реакции организма человека, и понимаю возможную необходимость изменения или коррекции первоначального плана лечения в процессе оказания медицинской помощи.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений указанного заболевания, о которых я информирован в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Я информирован, что результат любого медицинского вмешательства в силу специфики медицинской услуги зависит от скоординированных с медицинскими работниками ответных действий с моей стороны, направленных на обеспечение безопасности в данном случае предполагаемого терапевтического лечения. Поэтому в моих интересах сообщить врачу правдивые сведения обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым лицом) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на мен я (представляемого лица) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах, о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

**При рентгенологическом обследовании**

Я согласен(на) с необходимостью рентгенологического исследования челюстей и зубов (прицельной радиовизиографии) до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования повышается вероятность наступления описанных осложнений, вероятность снижения эффективности лечения по не зависящим от врача причинам, повышается вероятность отказа врача от продолжения лечения (в плановой ситуации) вследствие возникновения объективной невозможности предоставить требуемую услугу.

Я информирован(а) о противопоказаниях к рентгенологическому обследованию: беременность на протяжении всего срока и период лактации; пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение курса лучевой терапии менее чем за шесть месяцев до настоящего времени; выполнение рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой; работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений. Рентгенография детям до 14 лет осуществляется только по строгим клиническим показаниям, с согласия и в присутствии родителей.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения. Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования. Мне сообщено, что при проведении рентгеновского обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время обследования буде зарегистрирована медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгеновского обследования.

**Ожидаемый результат и особенности услуги**

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Мне понятно значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Я получил(а) полную информацию о сроках службы на стоматологические изделия, сроки гарантии на производимые Исполнителем стоматологические услуги и порядок их установления.

Я ознакомлен/а/ и согласен/а/ с тем, какие могут возникнуть особенности при осуществлении платных медицинских услуг.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании, фотографии моих зубов и полости рта без указания имени и фамилии в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе, а так же предоставлять сведения о объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью амбулаторной карты (ф.043У).

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Этот документ подтверждает, что я ознакомился(лась) с предлагаемым планом лечения, сроками и стоимостью оказания медицинских услуг, рисками, исходами, условиями гарантии и сроками службы, а также с альтернативными вариантами лечения и мог(ла) либо отказаться от лечения, либо согласиться поставив свою подпись в конце документа.

Исполнитель в соответствии с п. 15 Пра­вил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006, уведомляет о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинско­го работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе на­значенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

**Обо всем вышеизложенном я, Пациент (законный представитель Пациента), ознакомлен и расписался собственноручно.**

**Настоящее согласие дано мной «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_\_ г. и действует до полного окончания лечения (исполнения Договора об оказании медицинских услуг).**

Пациент: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(подпись) (фамилия, инициалы)

Законный представитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(подпись) (фамилия, инициалы)

**Заполняется законным представителем Пациента**

(родителем, приемным родителем, попечителем лица, достигшего возраста 15-лет; 16-ти лет, больного наркоманией; попечителем лица, достигшего 18-ти лет, но признанного судом ограниченно недееспособным):

**Я, законный представитель** Пациента, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, инициалы)

согласен/не согласен на проведение представляемому мной лицу ортопедического лечения.

Я, законный представитель Пациента, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, инициалы)

подтверждаю/не подтверждаю, что Пациент ознакомлен со всеми пунктами настоящего документа, положения которого ему разъяснены и понятны, а также Пациент выразил свою волю на проведение ортопедического лечения по предложенному плану лечения с моего согласия и расписался об этом в моем присутствии собственноручно.

**Законный представитель:**

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ г.

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

(подпись) (расшифровка подписи: фамилия, инициалы)

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф. И. О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Заполняется представителем медицинской организации**

Дал пациенту необходимые разъяснения и согласие получил: «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_\_ г.

Лечащий врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

**Приложение № 1.21**

к медицинской карте

**Информированное добровольное согласие пациента на проведение медицинского стоматологического вмешательства в ООО «МЕДИАЛ»**

**при осуществлении хирургического лечения**

Этот документ в соответствии со ст. 20, 22, 23 Федерального закона N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико- санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь в ООО «МЕДИАЛ» (далее Исполнитель).

Медицинским работником: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446). Я со всей заботливостью и ответственностью за свое (представляемого мной лица) здоровье принял(а) решение о согласии на опрос меня (представляемого мной лица) и проведение медицинского осмотра полости моего (представляемого мной лица) рта, а также согласен(на)на проведение необходимых исследований (обследований).

В целях оказания мне (представляемому мной лицу) медицинской стоматологической помощи предоставляю право лечащему врачу, а также по его рекомендациям - другим врачам клиники принимать самостоятельное решение о применении необходимых на усмотрение врача методов осмотра и обследования, проводить все необходимые исследования (обследования) полости моего (представляемого мной лица) рта для оказания консультации о состоянии здоровья полости рта, диагностики заболеваний полости рта (десен, зубов), установления согласно состояния полости рта (десен, зубов) диагноза и назначения соответствующего лечения.

Мне разъяснено и понятно, что во время предоставления медицинской услуги по осмотру и проведению необходимых исследований категорически запрещается пользоваться мобильным телефоном и другими средствами связи, вмешиваться в действия медицинского работника, осуществлять иные действия, способствующие нарушению предоставления медицинской услуги.

Я соглашаюсь получить подробные объяснения по поводу моего состояния здоровья, имеющихся заболеваний, рекомендуемых методов дополнительной диагностики, в том числе следующих вмешательств:

- опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.

- осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, медицинская фотосъемка.

- снятие оттисков и изготовление контрольно-диагностических моделей для анализа.

- рентгенологические методы обследования (прицельная рентгенография зубов).

Мне разъяснено, что в ходе выполнения исследования может возникнуть необходимость расширения обследования. Я доверяю врачу принимать соответствующее решение и выполнить действия, которые он сочтет необходимыми для верификации диагноза и контроля лечения.

Я соглашаюсь получить подробные объяснения по поводу моего состояния здоровья, имеющихся заболеваний, рекомендуемых методов дополнительной диагностики и лечения. Я проинформирован(а) врачом об особенностях предстоящей консультации и даю свое согласие на ее проведение.

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

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

Мне понятно, что после удаления зуба возникают ощущения дискомфорта (боль) продолжающееся до нескольких дней, по поводу которых врач назначит при необходимости препараты. Осложнения удаления зуба обусловлены анатомо - физиологическими особенностями организма пациента или наличием имеющегося хронического или острого патологического процесса челюстно-лицевой области Мне понятно, что удаление зуба верхней челюсти проводится в непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе, поэтому я соглашаюсь с тем, что возможно возникновение перфорации дна пазухи носа и, как следствие, воспалительные процессы в этой области. При хирургическом вмешательстве в области нижней челюсти, возможно расположение корней зуба в непосредственной близости зоны вмешательства к нижнему каналу, поэтому я соглашаюсь с тем, что возможно онемение языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти, развитие послеоперационных отеков.

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

- болевые ощущения в течение послеоперационного периода;

- сохранение припухлости мягких тканей;

- повышение температуры и наличие общих симптомов интоксикации;

- ограничение открывания рта, увеличение лимфатических узлов;

- при аномальном расположении зуба - повреждение имеющихся зубов, переломы кости верхней и нижней челюсти;

Я соглашаюсь с тем, что при наличии исходного воспаления в области удаляемого зуба, процесс заживления может происходить медленнее, осложниться развитием воспаления в области удаленного зуба, что потребует дополнительного хирургического лечения.

Я соглашаюсь с тем, что отсутствие заживления костного послеоперационного дефекта непрогнозируемо и может привести к необходимости последующего этапа оперативного лечения, направленного на пластическое замещение костного дефекта.

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

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

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

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а так же о всех имеющихся у меня заболеваниях. Я подтверждаю, что в Анкете назвал(а) все известные имеющиеся у меня болезни. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв ни какой информации о состоянии своего здоровья.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений указанного заболевания, о которых я информирован(а) в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

**При рентгенологическом обследовании**

Я согласен(на) с необходимостью рентгенологического исследования челюстей и зубов (прицельной радиовизиографии) до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования повышается вероятность наступления описанных осложнений, вероятность снижения эффективности лечения по не зависящим от врача причинам, повышается вероятность отказа врача от продолжения лечения (в плановой ситуации) вследствие возникновения объективной невозможности предоставить требуемую услугу.

Я информирован(а) о противопоказаниях к рентгенологическому обследованию: беременность на протяжении всего срока и период лактации; пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение курса лучевой терапии менее чем за шесть месяцев до настоящего времени; выполнение рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой; работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений. Рентгенография детям до 14 лет осуществляется только по строгим клиническим показаниям, с согласия и в присутствии родителей.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения. Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования. Мне сообщено, что при проведении рентгеновского обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время обследования буде зарегистрирована медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгеновского обследования.

**Ожидаемый результат и особенности услуги**

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Мне понятно значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Я получил(а) полную информацию о сроках службы на стоматологические изделия, сроки гарантии на производимые Исполнителем стоматологические услуги и порядок их установления.

- приступая к лечению, Исполнитель гарантирует правильность своих действий, а не финансовую ответственность возможного лечения.

Я ознакомлен/а/ и согласен/а/ с тем, какие могут возникнуть особенности при осуществлении платных медицинских услуг.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании, фотографии моих зубов и полости рта без указания имени и фамилии в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе, а так же предоставлять сведения о объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью амбулаторной карты (ф.043У).

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Этот документ подтверждает, что я ознакомился(лась) с предлагаемым планом лечения, сроками и стоимостью оказания медицинских услуг, рисками, исходами, условиями гарантии и сроками службы, а также с альтернативными вариантами лечения и мог(ла) либо отказаться от лечения, либо согласиться поставив свою подпись в конце документа.

Исполнитель в соответствии с п. 15 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006, уведомляет о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителем (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

**Обо всем вышеизложенном я, Пациент (законный представитель Пациента), ознакомлен и расписался собственноручно.**

**Настоящее согласие дано мной «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_\_ г. и действует до полного окончания лечения (исполнения Договора об оказании медицинских услуг).**

Пациент: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(подпись) (фамилия, инициалы)

Законный представитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(подпись) (фамилия, инициалы)

**Заполняется законным представителем Пациента**

(родителем, приемным родителем, попечителем лица, достигшего возраста 15-лет; 16-ти лет, больного наркоманией; попечителем лица, достигшего 18-ти лет, но признанного судом ограниченно недееспособным):

**Я, законный представитель** Пациента, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, инициалы)

согласен/не согласен на проведение представляемому мной лицу ортопедического лечения.

Я, законный представитель Пациента, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, инициалы)

подтверждаю/не подтверждаю, что Пациент ознакомлен со всеми пунктами настоящего документа, положения которого ему разъяснены и понятны, а также Пациент выразил свою волю на проведение ортопедического лечения по предложенному плану лечения с моего согласия и расписался об этом в моем присутствии собственноручно.

**Законный представитель:**

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ г.

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

(подпись) (расшифровка подписи: фамилия, инициалы)

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или со-стоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть),

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф. И. О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Заполняется представителем медицинской организации:

Дал пациенту необходимые разъяснения и согласие получил: «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_\_ г.

Лечащий врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

М.П.

**Приложение № 1.22**

к медицинской карте

**Информированное добровольное согласие пациента на проведение медицинского стоматологического вмешательства в ООО «МЕДИАЛ» на**

**несъемные ортопедические конструкции**

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

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество пациента)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико- санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь в ООО «МЕДИАЛ» (далее Исполнитель).

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Я получила(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и рекомендованного плана лечения.

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

Я понимаю, что результатом протезирования является установка искусственных зубов вместо утраченных для обеспечения жевания пищи и эстетической целостности зубных рядов.

Я выбираю следующую конструкцию протеза:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я ознакомлен(а) с планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и планом самого протезирования, с возможными альтернативными вариантами протезирования, в том числе протезировании съемными конструкциями и протезированием на имплантатах, которые, в моем случае, будут иметь иной клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение жевательного органа).

Выбирая данную конструкцию протеза, я соглашаюсь на присущие ей вероятные эстетические и недостатки и возможные неудобства при пользовании протезом.

Последствиями отказа от протезирования могут быть: перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или вкладкой после проведенного эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболевания пародонта, быстрая утрата зубов остаточного прикуса, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а так же общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

Я соглашаюсь с тем, что при протезировании есть необходимость обтачивания зубов (препарирования эмали тонким слоем) для установки коронок на опорные зубы или виниров.

Я соглашаюсь с тем, что для опоры протеза необходимо провести депульпирование (удаление нервов, при этом зуб становится неживым, но успешно выполняет функцию опоры протеза) и пломбирование корней зубов.

Я понимаю необходимость строго следовать этапам протезирования и соблюдать сроки, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки протеза.

Мне понятно, что в зубочелюстной системе с возрастом происходят изменения, ослабляющие структуру зуба и его соединение с подлежащими тканями челюсти. При отсутствии зубов нагрузка на оставшиеся зубы существенно возрастает, и это может приводить к их разрушению. Поэтому я обязуюсь выполнять все рекомендации по гигиеническому уходу за зубами и протезами, а так же обязуюсь приходить на контрольные осмотры в соответствии с рекомендациями врача.

Я знаю, что в качестве опоры для зубных протезов могут быть использованы только здоровые или качественно приготовленные (пролеченные) зубы и ткани пародонта, а так же извещен(а) о необходимости рентгенологического исследования.

Лечащий врач понятно мне объяснил технологию и этапы изготовления и установки протезов. Со мной согласован план лечении и я соглашаюсь с тем, что до начала протезирования невозможно гарантировать отсутствие возникновения редких, но возможных особенностей протезирования с учетом индивидуальных особенностей моего организма, в результате которого план протезирования будет меняться. Я соглашаюсь с возможностью возникновения и необходимостью коррекции нижеперечисленных ситуаций (при этом стоимость протезирования будет увеличена):

- при получении оттисков возможна расцементировка установленных ранее ортопедических конструкций;

- при использовании временных протезов возможно их поломка и ресцементировка;

- при снятии старых ортопедических конструкций возможно возникновение перелома зуба и расцементировка штифтовых конструкций;

- при изготовлении штифтово-культевых вкладок возможна необходимость в повторном эндодонтическом лечении, возможно возникновение перелома корня зуба, что потребует удаления зуба и изменении плана протезирования.

Я понимаю, что если я настаиваю на использовании в качестве опоры протеза зубов с некачественными пломбированными корневыми каналами, с очагами деструкции в области верхушки корня, с заболеванием пародонта и другими отклонениями от нормы (которые не удалось устранить в процессе лечения), то возрастает риск обострения заболевания зуба и ухудшения его состояния, что может привести к удалению зуба и зубного протеза. Настаивая на вышеуказанном, я беру на себя риск возникновения осложнений в опорных зубах и соглашаюсь с установлением гарантийного срока и срока службы на протезирование.

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

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениями. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраниться в течение нескольких дней и дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных и наркотических веществ.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на их проведение.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести каче­ственное лечение, исключить осложнения после лечения, поэтому значительно ограничит гарантийный срок. Я информирован(а) о противопока­заниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при про­ведении рентгенологического обследования.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к применяемым при протезировании материалам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а так же о всех имеющихся у меня заболеваниях.

Мне понятно, что существует вероятность возникновения непереносимости (аллергической реакции) на материалы, используемые при лечении (пластмасса, металл и прочие составляющие применяемых материалов). Поэтому при возникновении аллергической реакции и невозможности пользования протезом(ами) и их снятии, я соглашаюсь считать медицинские услуги по лечению зубов выполненными надлежащего качества, при этом стоимость оказанных услуг не возвращается.

Я соглашаюсь с тем, что в период проведения манипуляций в полости рта, анестезии, обработки зубов, снятие оттисков, корректировке прикуса возможны:

- индивидуальная аллергическая реакция,

- непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов,

- онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функции глотания, жевания и речи.

- есть риск проглатывания коронки;

- есть риск попадания инородного тела в дыхательные пути.

Я соглашаюсь с тем, что во время эксплуатации надлежащим образом изготовленных и установленных протезов (особенно при пережевывании и откусывании с силой), есть вероятность возникновения переломов протезов, трещин и отколов облицовочного материала, изменение цвета, стирание зубов антагонистов, возникновение участков повышенной окклюзии, обострение хронических процессов в опорных зубах и др.

Я соглашаюсь с тем, что при наличии патологии височно – нижнечелюстных суставов и других психомиофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, вплоть до невозможности привыкания к протезам, чувство тошноты, нарушение функции речи, жевания, глотания, поломок протеза,

Мне понятно, что медицинская наука не может точно предсказать сроки службы опорных зубов, поэтому невозможно гарантировать безупречное состояние опорных зубов под протезом. Поэтому я соглашаюсь с вероятностью развития через неопределенных срок повреждения (заболевания) опорных зубов в дальнейшем, что приведет к невозможности эксплуатации установленного на них протеза.

Я соглашаюсь с тем, что при использовании протезов возможны дискомфортные ощущения в ротовой полости, изменение дикции, ощущение инородного тела в рту, воспаление слизистой оболочки ротовой полости, привыкание к которым требует времени и, при необходимости, процедур коррекции. Я соглашаюсь с тем, что в редких случаях, даже после неоднократных коррекций протезов, возможна ситуация, когда пациенту не удается привыкнуть к протезам вследствие возникновения субъективных дискомфортных ощущений во время пользования протезами. Поэтому я соглашаюсь с тем, что возникновение не привыкания к протезам не является существенным недостатком протезирования, так как основано на субъективных ощущениях взаимодействия слизистой и органов ротовой полости с инородным материалом, независящих от способов и материалов протезирования.

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

Я получил(а) полную информацию о гарантийных обязательствах на ортопедическое лечение и зубные протезы, и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь прав на гарантию.

Я соглашаюсь соблюдать рекомендации врача по использованию зубных протезов, в том числе изложенных в Памятке пациента.

Я понимаю, что при невыполнении рекомендаций, в том числе пережевывании грубой и твердой пиши, возможна возникновение осложнений и дефектов протезов, в том числе поломка протеза и его попадание его частей в пищеварительный тракт и дыхательные пути.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Мне понятно значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании без указания имени и фамилии, фотографии моих зубов (без лица) и полости рта в научных и учебных целях, для оценки качества протезирования, публикации на сайте клиники, для публикации в научной литературе, а так же предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных услуг Страховщику.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента, договора на оказание платных стоматологических услуг и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство с целью проведения ортопедического лечения на предложенных условиях.

Исполнитель в соответствии с п. 15 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006, уведомляет о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

**Настоящее согласие дано мной «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_** г. и действует до полного окончания лечения (исполнения Договора об оказании медицинских услуг).

Пациент: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(подпись) (фамилия, инициалы)

Законный представитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(подпись) (фамилия, инициалы)

**Заполняется законным представителем Пациента**

(родителем, приемным родителем, попечителем лица, достигшего возраста 15-лет; 16-ти лет, больного наркоманией; попечителем лица, достигшего 18-ти лет, но признанного судом ограниченно недееспособным):

Я, законный представитель Пациента, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, инициалы)

согласен на проведение представляемому мной лицу ортопедического лечения и подтверждаю, что Пациент ознакомлен со всеми пунктами настоящего документа, положения которого ему разъяснены и понятны, а также Пациент выразил свою волю на проведение ортопедического лечения по предложенному плану лечения с моего согласия и расписался об этом в моем присутствии собственноручно.

Законный представитель:

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ г.

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

(подпись) (фамилия, инициалы)

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или со-стоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть),

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф. И. О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Заполняется представителем медицинской организации:

Дал пациенту необходимые разъяснения и согласие получил: «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_\_ г.

Лечащий врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)

**Приложение № 1.23**

к медицинской карте

**Информированное добровольное согласие пациента (Законного представителя)**

**на ортодоническое лечение**

Этот документ в соответствии со ст. 20, 22, 23 Федерального закона N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства,

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество пациента)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерацииот 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» (далее Исполнитель).

Медицинским работником: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Я согласен(на) с предлагаемым методом лечения патологии прикуса (деформации зубного ряда). Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего (представляемого мной лица) заболевания и рекомендованного плана лечения. Я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом ортодонтического лечения и самого ортодонтического лечения. Мне объяснены все возможные исходы ортодонтического лечения, а также альтернативные варианты.

Я ознакомлен(а) с возможными альтернативными вариантами лечения, которые будут иметь меньший клинический успех. Врач понятно объяснил мне необходимость строго следовать рекомендациям, чтобы избежать возможных осложнений: кариеса вокруг брекетов, обострения заболеваний пародонта, поломки системы и травмирования слизистой оболочки полости рта, рецидива аномалии или деформации отдельных зубов или зубных рядов после снятия системы.

Я понимаю, что причиной возможного возникновения вторичного кариеса и новых кариозных поражений, а также обострений заболеваний пародонта является не сама брекет-система, а погрешности предыдущего лечения и недостаточная гигиена полости рта и зубов.

Я также уведомлен(а), что гарантией от возникновения вторичного кариеса леченых зубов, обострений периапикальных явлений и обострений заболеваний пародонта является санация полости рта у врачей-специалистов данной медицинской организации. В случае если санация полости рта перед ортодонтическим лечением в данной медицинской организации выполнена в другой стоматологической клинике (другого исполнителя медицинских услуг), данная медицинская организация не несет ответственность за возникновение вторичного кариеса и обострений заболеваний пародонта.

Я понимаю необходимость регулярных осмотров у доктора в течение лечения и по окончании лечения, когда буду (представляемое мной лицо будет) пользоваться ретенционным аппаратом (аппаратом для стабильности положения зубов). Кроме того, я информирован(а) о необходимости регулярных осмотров у лечащего врача в течение ортодонтического лечения не реже, чем 4 (четыре) раза в год как в период лечения, так и по окончании лечения, когда буду пользоваться ретенционным апппаратом.

Я проинформирован(а) о кратности повторных посещений врача-ортодонта не реже 1 раза в две-три недели и обязательной профессиональной гигиене полости рта.

Я проинформирован(а) о длительности лечения, о сроках адаптационного периода (до двух-трех недель, а при лингвальных брекетах – до нескольких месяцев), о возможных незначительных болевых ощущениях, о дискомфорте в полости рта после активации аппарата (конструкции).

Я также понимаю, что любое лечение является вмешательством в биологический организм, в котором все процессы протекают индивидуально, и как любая медицинская операция не может иметь стопроцентной гарантии на успех даже при идеальном выполнении всех этапов. Поэтому возможны отклонения от утвержденного плана лечения в виде внеплановых манипуляций и (или) изменения срока лечения.

Я предварительно проинформирован(а), что одним из основных факторов успешного лечения с применением ортодонтической аппаратуры является хорошая гигиена полости рта. При несоблюдении правил личной гигиены полости рта возможно развитие кариозного процесса в зонах контакта ортодонтической аппаратуры с эмалью зуба. Я согласен(на) с тем, что лечащий врач оставляет за собой право принятия решения о снятии ортодонтической аппаратуры на любом этапе лечения при плохой гигиене полости рта. Деньги за проведенный объем лечения не будут возвращены. Контроль гигиены полости рта будет осуществляться по индексам гигиены.

Я понимаю значение гигиены полости рта при ортодонтическом лечении и добровольно обязуюсь проводить процедуры профессиональной гигиены у стоматологического гигиениста не реже, чем 4 (четыре) раза в год. При этом в случае если профессиональная гигиена выполнена в другой медицинской организации, я обязуюсь представлять данной клинике справку о проведении такой гигиены, поскольку понимаю значение гигиены полости рта при ортодонтическом лечении.

Я согласен(на) на мое (представляемого мной лица) рентгенологическое и иное обследование, необходимое для полноценного лечения.

Мне разъяснено и понятно, что ортодонтическая аппаратура – это инородное тело в полости рта. Привыкание к съемной ортодонтической конструкции требует большого терпения и времени, в среднем это длится 1,5 – 2 месяца. До начала активного периода лечения врач проводит коррекцию аппаратуры в местах наибольшего давления на поверхность слизистой оболочки полости рта. Деньги за съемные ортодонтические аппараты, к которым пациент не сможет привыкнуть, возврату не подлежат.

Мне разъяснено и понятно, что привыкание к несъемной ортодонтической технике происходит в течение 10-14 дней. В это время могут возникать болевые ощущения в области верхней и нижней челюсти при пережевывании и откусывании пищи, натирание слизистой оболочки губы и щеки. После периода адаптации все неприятные ощущения проходят.

Мне разъяснено и понятно, что для нормализации прикуса возможно потребуется удаление отдельных зубов на верхней и нижней челюсти. О необходимости удаления зубов врач сообщает до начала ортодонтического лечения, о чем мной будет выражено соответствующее согласие.

Я предупрежден(а) о возможных обострениях заболеваний пародонта (гингивит, пародонтит, пародонтоз). В этом случае я согласен(на) проводить комплексное лечение у врача-ортодонта и врача-пародонтолога.

Я также предупрежден(а), что при лечении с применением ортодонтической аппаратуры возможны обострения заболеваний периодонта, обусловленные скрытыми очагами инфекции.

Я осведомлен (а), что перелом, трещина в пластмассовых деталях ортодонтического аппарата или его металлических частях, приварка новых элементов – все это не относится к гарантийным случаям и должны быть оплачены отдельно.

Я согласен(на), что после окончания активного периода лечения я (представляемое мной лицо) должен(на) носить ретенционный аппарат в течение всего периода, установленного врачом, необходимого для закрепления результата лечения. Я предупрежден(а), что в противном случае может развиться рецидив патологии прикуса. Я знаю, что контроль за ношением аппарата будет осуществлять врач-ортодонт. Контроль осуществляется по качеству фиксации ретенционного аппарата в полости рта.

Я предупрежден(а) о необходимости регулярного посещения врача-ортодонта в сроки, установленные лечащим врачом. Несвоевременное посещение лечащего врача-ортодонта приводит к снижению качества ортодонтического лечения.

Я уведомлен(а)о возможных осложнениях и последствиях во время и после медицинского вмешательства, о чем имеется моя собственноручная подпись в Уведомлении о возможных осложнениях и последствиях во время и после медицинского вмешательства по стоматологической помощи, и с учетом данных о возможных осложнениях и последствиях во время и после медицинского вмешательства принимаю для себя (представляемого мной лица) решение о проведенииортодонтического лечения.

Я ознакомлен(а) с Рекомендациями по уходу за полостью рта и зубами в период лечения и в постманипуляционном периоде, о чем имеется моя собственноручная подпись в Рекомендациях по уходу за полостью рта и зубами в период лечения и в постманипуляционном периоде.

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

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений указанного заболевания, о которых я информирован(а) в насто­ящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего (представляемого мной лица) организма, стоимость повторного лече­ния взимается на общих основаниях в полном объеме.

Кроме того, я извещен(а) о том, что в связи с непредсказуемостью развития зубочелюстной системы, анатомическими особенностями и возрастными изменениями жевательного аппарата организма, установление гарантийных сроков за пределами (по истечении) установленных после лечения по данному виду лечения невозможно.

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

Я имел(а) возможность задавать лечащему врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них. Также мной лечащему врачу заданы и получены ответы на следующие уточняющие вопросы:

*Вопрос:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Ответ:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Вопрос:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Ответ:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я разрешаю проводить необходимые лечебные мероприятия и использовать любого медицинского работника, участие которого в моем (представляемом мной лица) лечении будет необходимо.

Я, Пациент (законный представитель), ознакомлен(а) и согласен(на)со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мне понятны), мной принято решениео применении ко мне (представляемому мной лицу) ортодонтического лечения и подтверждаюсвое согласие на проведение ортодонтического лечения в предложенном объеме на вышеуказанных условиях и доверяюлечащему врачу принимать необходимые решения и выполнять любые медицинские действия в ходе лечения с целью достижения наилучшего результата и улучшения состояния моего (представляемого мной лица) стоматологического здоровья.

Исполнитель в соответствии с п. 15 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006, уведомляет о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

Подписание данного документа является необходимым предварительным условием (разрешением) медицинского вмешательства.

Настоящий документ является неотъемлемой частью медицинской карты.

**Настоящее согласие дано мной «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_\_ г. и действует до полного окончания лечения (исполнения Договора об оказании медицинских услуг).**

**Пациент:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

*(подпись) (фамилия, инициалы)*

***Законный представитель:*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

*(подпись) (фамилия, инициалы)*

***Заполняется законным представителем Пациента***

*(родителем, приемным родителем, попечителем лица, достигшего возраста 15-лет; 16-ти лет, больного наркоманией; попечителем лица, достигшего 18-ти лет, но признанного ограниченно или полностью недееспособным)*:

**Я, законный представитель** Пациента, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

согласен на проведение представляемому мной лицу ортодонтического лечения и подтверждаю, что пациент ознакомлен со всеми пунктами настоящего документа, положения которого ему разъяснены и понятны, а также Пациент выразил свою волю на проведение ортодонтического лечения по предложенному плану лечения с моего согласия и расписался об этом в моем присутствии собственноручно.

**Законный представитель**:

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2012\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

*подпись) Фамилия, инициалы)*

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или со-стоянии лица, законным представителем которого я являюсь,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф. И. О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

***Заполняется представителем медицинской организации***

**Дал пациенту необходимые разъяснения и согласие получил:** «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_\_ г.

**Лечащий врач** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись)*

**Приложение № 1.24**

к медицинской карте

**Информированное добровольное согласие пациента на проведение медицинского стоматологического вмешательства в ООО «МЕДИАЛ» на**

**съемные ортопедические конструкции**

Этот документ в соответствии со ст. 20, 22, 23 Федерального закона N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства,

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество пациента)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «МЕДИАЛ» (далее Исполнитель).

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и рекомендованного плана лечения.

Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв ни какой информации о состоянии своего здоровья.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у меня (представляемого мной лица) заболеваниях.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков.

Я проинформирован/а/ об альтернативной возможности получить бесплатные медицинские услуги в муниципальных учреждениях.

Я понимаю, что результатом протезирования является установка искусственных зубов, вместо утраченных, для обеспечения жевания пищи и эстетической целостности зубных рядов.

Я выбираю следующую конструкцию протеза:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Я информирован(а) о том, что в случае изготовления бюгельного протеза на телескопической фиксации с использованием вторичных телескопических колпачков необходимо производить платную замену вторичных гальванических колпачков в связи со снижением качества фиксации из-за физического износа фрикционных частей. Такую замену необходимо производить один раз в 2 года в том случае, если первичная (несъемная) часть изготовлена из сплавов драгоценных металлов. В случае изготовления первичного колпачка из неблагородных сплавов, которые отличаются повышенной твердостью, физический износ гальванического колпачка происходит быстрее.

Я соглашаюсь с тем, что при протезировании с использованием бюгельного протеза на опорных зубах будут видны фиксирующие элементы (замки).

Мне объяснено в доступной форме, что в зависимости от конкретной клинической ситуации, возраста, стадии патологического процесса индивидуально подбираются варианты ортопедического лечения, такие как:

- протезирование одиночными коронками (цельнолитые, цельнокерамические, металлокерамические);

- протезирование мостовидными протезами (цельнолитые, цельнокерамические, металлокерамические);

- протезирование на имплантатах;

- частичные съемные протезы (пластинчатые, бюгельные);

- полные съемные протезы;

- вкладки, виниры.

Я осведомлен(а), что при наличии в полости рта разнородных металлов могут возникнуть гальванические токи, следствием возникновения которых являются чувство жжения, болезненность, покраснение и отечность слизистой оболочки полости рта.

Я осведомлен(а), что при наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов и других психомиофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувства тошноты, нарушения функции речи, жевания, глотания, поломок протеза.

Я осведомлен(а), что в период проведения манипуляций в полости рта (анестезия, обработка зубов, снятие слепков, корректировка прикуса) возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функции глотания, жевания и речи.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях, возникающих во время эксплуатации протезов (особенно при увеличении нагрузки), в том числе о возникновении переломов протезов, трещин, сколов облицовочного материала, изменения цвета, стирания зубов антагонистов, о возникновении участков повышенной окклюзии, обострения хронических процессов в опорных зубах и др.

Я уведомлен(а)/не уведомлен(а) с последствиями отказа от протезирования, а именно о том, что последствиями отказа от протезирования вообще могут быть:

- перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или вкладкой после проведенного эндодонтического лечения;

- прогрессирование зубоальвеолярных деформаций;

- дальнейшее снижение эффективности жевания;

- ухудшение эстетики;

- нарушение функции речи;

- прогрессирование заболеваний пародонта;

- быстрая утрата зубов;

- патология жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава;

- общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

Я разрешаюпроводить необходимые лечебные мероприятия и использовать любого медицинского работника, участие которого в моем (представляемом мной лица) лечении будет необходимо.

Я имел(а) возможность задавать лечащему врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них. Так же мной лечащему врачу заданы и получены ответы на следующие уточняющие вопросы:

Вопрос:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ответ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вопрос:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ответ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я понимаю, что в зубочелюстной системе с возрастом происходят изменения, ослабляющие структуру зуба и его со­единение с подлежащими тканями челюсти. При отсутствии зубов нагрузка на оставшиеся зубы существенно возраста­ет, и это приводит к их разрушению. Поэтому я (представляемое мной лицо с моего контроля) обязуюсь выполнять все рекомендации по гигиеническому уходу за зу­бами и протезами, а также являться на контрольные осмотры в соответствии с установленным планом лече­ния.

Мне также известно, что в качестве опоры для ортопедических конструкций могут быть использованы только здоровые или качественно под­готовленные (пролеченные) зубы и ткани пародонта.

Я понимаю, что в случаях, когда в качестве опоры протеза используется зуб с некачественно пломбированными кор­невыми каналами, с очагами деструкции в области верхушки корня, с заболеванием пародонта и другими отклонениями от стандарта (которые не удалось устранить в процессе лечения) – возрастает риск обострения заболевания зуба и ухудшения его состояния, что в результате может привести к удалению зуба и нарушению целостности зубного проте­за.

Кроме того, мне разъяснено, что при препарировании живых (витальных) зубов под различные виды ортопедических конструкций (коронки, накладки, виниры и др.) возможны следующие исходы: острый пульпит (острая боль), отсроченный – хронический пульпит, который может проявиться позже и также повлечь обострения; вскрытие рога пульпы, термальный или химический ожог пульпы.

Я осведомлен(а), что такие реакции организма не являются следствием некачественно оказанной услуги по установке любой из перечисленных ортопедических конструкций), а являются только лишь одним из вариантов реакции организма на данное медицинское вмешательство. Такие исходы обусловлены индивидуальными анатомическими особенностями пациента. Если они наступили, то необходимо эндодонтическое лечение зубов (лечение корневых каналов) за счет пациента (увеличение объема медицинского вмешательства с согласия пациента) по действующему у Исполнителя Прейскуранту цен.

Я ознакомлен(а) с рекомендациями по уходу за полостью рта и зубами в период лечения и в постманипуляционном периоде.

Я понимаю, что протезирование является своего рода вмешательством в биологический организм, и как любая медицинская операция не может иметь стопроцентной гарантии на успех даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов протезирования, так как полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного органа (как если бы у человека снова выросли зубы). Зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается инволютивному развитию (как при наличии протеза, так и без него, но в последнем случае гораздо быстрее), которое проявляется в рецессии десны, атрофии костной ткани челюсти, стираемости твердых тканей зубов. Поэтому через какое-то время, которое зависит от скорости протекания инволютивных процессов, и которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции либо переделки протеза.

Врач подробно и доступно объяснил мне, что для покрытия зубов ортопедическими конструкциями проводится процедура их механического препарирования (снятия слоя твердых тканей зубов), которая является необратимой. С использованием специального слепочного материала снимается оттиск зубов и изготавливаются модели челюстей. Модель передается в техническую лабораторию. В следующие посещения, кратность которых зависит от сложности и объема работы, последовательно производится: примерка искусственных конструкций, подбор цвета, фиксация на временный (по показаниям) или постоянный цемент.

В доступной для моего понимания форме врач объяснил, что для восстановления зубов (зубных рядов) искусственными ортопедическими конструкциями по абсолютным медицинским показаниям может потребоваться депульпирование - удаление нерва из интактного (здорового) зуба в случаях:

- изменения положения опорного зуба или зуба антагониста (выраженный наклон, выдвижение);

- близкого расположении пульпы (нерва) к эмали в силу индивидуальных анатомических особенностей.

Мне понятно, что в случае, если зуб уже покрыт ортопедической конструкцией, лечение каналов может осуществляться только после снятия ортопедической конструкции. В этом случае, после проведенного лечения каналов, возникает необходимость изготовления новой ортопедической конструкции.

Я согласен(на), что в этом случае за дополнительную плату согласно прейскуранту и Положению о гарантии будет проведено лечение корневых каналов.

Так же доступно для меня врач объяснил, что в случае снятия ортопедической конструкции существует вероятность возникновения во время процедуры по независящим от врача и правильности манипуляций причинам, следующих обстоятельств:

- чувство дискомфорта и болезненность;

- травма слизистой полости рта;

- скол, трещина, откол части или всей пломбы на соседних зубах, что по абсолютным медицинским показаниям потребует лечения/восстановления по действующему прейскуранту Исполнителя согласно Положению о гарантиях;

- скол и(или)выпадение пломбы, перелом коронки, зуба, с которого снимается конструкция, что по абсолютным медицинским показаниям потребует восстановления пломбировочным материалом или опорной конструкцией по действующему прейскуранту Исполнителя согласно Положению о гарантиях;

- раскол, трещина, перелом корня зуба, с которого снимается конструкция, что по абсолютным медицинским показаниям потребует удаления зуба по действующему прейскуранту Исполнителя согласно Положению о гарантиях;

- скол облицовочных элементов ортопедической конструкции, что потребует её коррекции согласно Положению о гарантиях;

- необратимое повреждение, поломка ортопедической конструкции, что по абсолютным медицинским показаниям потребует её полной замены по действующему прейскуранту Исполнителя согласно Положению о гарантиях.

Я понимаю, что по абсолютным медицинским показаниям в случаях наличия воспалительного процесса в корневых каналах и(или) хронических изменений в тканях вокруг корня зуба необходимо лечение и (или) перелечивание ранее запломбированных корневых каналов опорного зуба(ов).

Я информирован(а), что в крайне редких случаях, во время проведения ортопедических манипуляций и после, по независящим от врача и правильности манипуляций причинам, возможно возникновение таких обстоятельств как:

- необходимость лечения корневых каналов при обработке зуба под искусственную коронку;

- необходимость удаления зуба с сомнительным или неблагоприятным прогнозом лечения (сложная анатомия каналов, выраженные очаги деструкции костной ткани и т.д.);

- удаление зуба вследствие выраженного поражения коронки зуба и (или) корня кариозным процессом, в результате чего невозможно создать благоприятные условия для адекватной фиксации протеза;

- необходимость лечения (перелечивания) корневых каналов зуба, покрытого коронкой, вследствие развития воспалительных изменений в каналах и тканях, окружающих зуб, что потребует снятия или переделки ортопедической конструкции;

- удаление зуба в результате его травматического раскола установленной опорной конструкцией;

- возникновение стойких расстройств в виде затрудненной адаптации к протезам, чувство тошноты, нарушение функции речи, жевания, глотания;

- другие психомиофункциональные расстройства;

- поломка протеза при наличии патологии височно – нижнечелюстных суставов;

- появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов искусственных конструкций;

- невралгии;

Я уведомлен(а), о возможных конструктивных, эстетических и функциональных особенностях искусственных ортопедических конструкций, не относящихся к существенным недостаткам оказанных услуг и не независящих от врача и правильности проведенных манипуляций, таких как:

- застревание пищи;

- наличие шахт для доступа к винтам;

- наличие видимых элементов фиксации съемных протезов (замки, кнопки, кламмера) и металлических частей коронок;

- отсутствие разделения между спаянными коронками в составе мостовидных конструкций;

- отсутствие чувствительности к сжатию зубов;

- изменение всех видов чувствительности при перекрывании частями протеза слизистой оболочки полости рта;

- необходимость применения специальных средств для лучшей фиксации съемных протезов;

- неудобство при жевании;

- изменение дикции;

- многократные примерки и коррекции протезов в процессе и после их изготовления, необходимые для индивидуализации и получения наилучшего результата протезирования;

- раскручивание винта, фиксирующего ортопедическую конструкцию на имплантатах;

- нарушение фиксации постоянных и временных конструкций;

- снижение качества фиксации съемного протеза в процессе эксплуатации из-за естественного физического износа элементов фиксации, что потребует активации или замены фиксирующих элементов.

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

Я уведомлен(а) о необходимости перебазировки съемных протезов в процессе их эксплуатации не реже 1 раза в 6 месяцев.

Врач предупредил меня, что при съемном протезировании протезы зубов не фиксируются постоянно в полости рта и требуют специального ухода (указываются в Памятке) и существует вероятность повреждения протеза, при неаккуратном с ним обращении.

Врач понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, строгого соблюдения сроков, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки протеза.

Врач объяснил мне, что последствиями отказа от протезирования могут быть:

- прогрессирование кариозного процесса и переход его в запущенную стадию с поражением окружающей кости;

- перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или вкладкой после проведенного эндодонтического лечения;

- вторичные деформации зубных рядов;

- снижение эффективности жевания;

- ухудшение эстетики и нарушение функции речи;

- прогрессирование заболеваний пародонта;

- быстрая утрата оставшихся зубов;

- прогрессирующую убыль костной ткани в области отсутствующих и рядом стоящих зубов, что в дальнейшем может потребовать манипуляций по восстановлению костной ткани.

- повышенная стираемость зубов;

- нарушение пропорций лица и другие эстетические нарушения или изменения;

- заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейромышечная патология.

**При рентгенологическом обследовании**

Я согласен(на) с необходимостью рентгенологического исследования челюстей и зубов (прицельной радиовизиографии) до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования повышается вероятность наступления описанных осложнений, вероятность снижения эффективности лечения по не зависящим от врача причинам, повышается вероятность отказа врача от продолжения лечения (в плановой ситуации) вследствие возникновения объективной невозможности предоставить требуемую услугу.

Я информирован(а) о противопоказаниях к рентгенологическому обследованию: беременность на протяжении всего срока и период лактации; пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение курса лучевой терапии менее чем за шесть месяцев до настоящего времени; выполнение рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой; работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений. Рентгенография детям до 14 лет осуществляется только по строгим клиническим показаниям, с согласия и в присутствии родителей.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты.

Мне сообщено, что при получении рентгенограммы неудовлетворительного качества (в случаях: движения пациента во время процедуры, большой мышечной массы и плотности тканей лица, не сработал должным образом аппарат и т.д.) необходимо выполнение повторного рентгеновского снимка. Доза облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок.

**При применении местной инъекционной анестезии**

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. Местная инъекционная анестезия имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции, проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) для введения анестезирующего вещества с целью обеспечения эффекта обезболивания. Введение препарата осуществляется карпульным шприцем, безигольным инъектором, а также посредством нанесения в зону медицинского вмешательства геля или распыления аэрозоля. Обезболивающее действие анестетика наступает через 20-30 секунд. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма.

Мне разъяснено и понятно, что 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.

Мне разъяснено и понятно, что перед оказанием анестезиологического пособия лечащим врачом проводится аллергологическая проба, заключающаяся во введении пациенту минимальной дозы препарата, не могущей повлечь негативных последствий, с последующим наблюдением за моим состоянием (состоянием представляемого законным представителем пациента). Я уведомлен(а), что до проведения стоматологического лечения с применением анестезиологического пособия необходимо сообщить лечащему врачу-стоматологу сведения о лекарственной непереносимости и отягощенном аллергологическом анамнезе.

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

Основные осложнения инъекционной анестезии обусловлены, в первую очередь, введением в ткани организма специального раствора и реакцией моего организма на него. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечности десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Я соглашаюсь на анестезию при лечении, выбор метода и препаратов предоставляю лечащему врачу.

Я информирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что предстоит мне делать во время его проведения.

Я предупрежден(а) о факторах риска и понимаю, что проведение данного анестезиологического медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечнососудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода в виде летального.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске инъекционной анестезии, включая вероятность осложнений:

- аллергические реакции организма на медикаментозные препараты;

- обморок, коллапс, шок;

- травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимися потерей чувствительности, невритами;

- невралгиями и постинъекционными гематомами.

Мне разъяснено, что обезболивание может быть затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ. При этом я информирован(а), что в ряде конкретных случаев медицинские вмешательства без анестезии невозможны.

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

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я понимаю, что после введения анестезии нельзя в течение 24 часов управлять транспортными средствами и сложными механизмами, до окончания действия лекарственных препаратов и восстановления нормального состояния.

Мне разъяснено, и я осознаю, что во время анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен(а) на то, что вид и тактика анестезиологического пособия может быть изменена врачом по его усмотрению. При проведении местной инъекционной анестезии 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.

**Ожидаемый результат и особенности услуги**

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Мне понятно значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

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

Я получил(а) полную информацию о гарантийных обязательствах на ортопедическое лечение и зубные протезы, об условиях предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь прав на гарантию.

Я соглашаюсь соблюдать рекомендации врача по использованию зубных протезов, в том числе изложенных в Памятке. Я понимаю, что при невыполнении рекомендаций, в том числе пережевывании грубой и твердой пиши, возможна возникновение осложнений и дефектов протезов, в том числе поломка протеза и его попадание его частей в пищеварительный тракт и дыхательные пути.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании без указания имени и фамилии, фотографии моих зубов (без лица) и полости рта в научных и учебных целях, для оценки качества протезирования, публикации на сайте клиники, для публикации в научной литературе, а так же предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику.

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

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

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью амбулаторной карты (ф.043У).

Исполнитель в соответствии с п. 15 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006, уведомляет о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

**Настоящее согласие дано мной «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_\_ г. и действует до полного окончания лечения (исполнения Договора об оказании медицинских услуг).**

Пациент: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(подпись) (фамилия, инициалы)

Законный представитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(подпись) (фамилия, инициалы)

**Заполняется законным представителем Пациента**

(родителем, приемным родителем, попечителем лица, достигшего возраста 15-лет; 16-ти лет, больного наркоманией; попечителем лица, достигшего 18-ти лет, но признанного судом ограниченно недееспособным):

**Я, законный представитель** Пациента, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, инициалы)

согласен на проведение представляемому мной лицу ортопедического лечения и подтверждаю, что Пациент ознакомлен со всеми пунктами настоящего документа, положения которого ему разъяснены и понятны, а также Пациент выразил свою волю на проведение ортопедического лечения по предложенному плану лечения с моего согласия и расписался об этом в моем присутствии собственноручно.

**Законный представитель:**

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_ г.

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

(подпись) (расшифровка подписи: фамилия, инициалы)

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или со-стоянии лица, законным представителем которого я являюсь,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф. И. О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Заполняется представителем медицинской организации:

Дал пациенту необходимые разъяснения и согласие получил: «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_\_ г.

Лечащий врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

М.П.

**Приложение № 1.3**

**Отказ от видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи**

Я,

(Ф.И.О. гражданина)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| “ |  | ” |  |  |  | г. рождения, зарегистрированный по адресу: |

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

При оказании мне первичной медико-санитарной помощи в

ООО «МЕДИАЛ»

(полное наименование медицинской организации)

отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 года № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 года № 24082) (далее - виды медицинских вмешательств):

(наименование вида медицинского вмешательства)

Медицинским работником

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

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф.И.О. медицинского работника) |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| “ |  | ” |  |  |  | г. |

(дата оформления)

**Приложение № 1.4**

ДОГОВОР

возмездного оказания медицинских услуг

г.ПавловскийПосад «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

Гр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ именуем\_\_\_ в дальнейшем «ЗАКАЗЧИК», с одной стороны, и ООО «МЕДИАЛ», запись в ЕГРЮЛ от 08 октября 2007г. за №1075035001150 инспекцией Федеральной налоговой службы по г. Павловскому Посаду Московской области, именуемое в дальнейшем «ИСПОЛНИТЕЛЬ» в лице Генерального директора Ермоловой А.М., действующего на основании Устава с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ оказывает, при наличии медицинских показаний и организационно-технических возможностей, ЗАКАЗЧИКУ платные медицинские услуги в соответствии с: положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций утвержденных Министерством здравоохранения РФ, в соответствии с Уставом и действующим Прейскурантом цен, а ЗАКАЗЧИК обязуется оплатить медицинские услуги по цене, в сроки и на условиях, установленных настоящим Договором. В случае если ЗАКАЗЧИК одновременно является ппотребителем услуг, далее по тексту Договора он именуется «Потребитель».

1.2. Потребитель имеет возможность ознакомиться с публичным договором на оказание медицинской помощи, порядком оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи на официальном сайте ИСПОЛНИТЕЛЯ http: medial-posad.ru и принять для себя решение о присоединении к договору на данных условиях или о поиске иной публичной оферты.

2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

2.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ в соответствии с п. 1.1. настоящего Договора оказывает медицинские услуги по настоящему Договору в помещении ИСПОЛНИТЕЛЯ расположенного по адресу: по адресу: Московская область, г. Павловский Посад, ул. Каляева, д. 3, пом. 2, 2 этаж.

2.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ осуществляет свою деятельность в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности № Л041-01162-50/00359712 от 15 сентября 2020 выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109012, Москва, Славянская площадь, д.4, стр.1, тел. [+7 (499) 578-02-20](tel:+74995780220)) сроком действия бессрочно, на осуществление медицинской помощи по:

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

* при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок) медицинскому массажу, сестринскому делу, сестринскому делу в косметологии, сестринскому делу в педиатрии;
* при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии, терапии;
* при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: терапии;
* при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности), гастроэнтерологии, дерматовенерологии, кардиологии, косметологии, неврологии, онкологии, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, психиатрии, психиатрии-наркологии, сердечно-сосудистой хирургии, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностики, функциональной диагностике, эндокринологии;
* при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности);
* при проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности, экспертизе профессиональной пригодности;
* При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым), медицинским осмотрам профилактическим;
* При проведении медицинских освидетельствований организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием, медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством.

2.2. Подписывая настоящий Договор, Потребитель в добровольном порядке дает согласие на обработку своих персональных данных на неопределенный срок: на хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование и уничтожение (в соответствии с Федеральным законом «О персональных данных» № 152— ФЗ от 27.07.2006г.) в целях и объемах, необходимых для реализации настоящего Договора, в том числе на открытую видеосъемку в целях обеспечения прав Потребителя при оказании медицинских услуг, путем установки ИСПОЛНИТЕЛЕМ видеокамер, направленных на рабочие места работников с целью осуществления контроля качества оказанных услуг.

2.3.Все расчеты производятся в соответствии с действующим Прейскурантом цен (размещен на сайте ИСПОЛНИТЕЛЯ <https://medial-posad.ru/>- и в «папке посетителя» расположенной в холле ИСПОЛНИТЕЛЯ) на оказание платных медицинских услуг наличными или банковской картой через кассу ИСПОЛНИТЕЛЯ.

2.4.Оказываемые по настоящему договору услуги могут быть оплачены самим Потребителем, либо третьим заинтересованным физическим лицом.

1. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

Заключая настоящий договор стороны пришли к соглашению, что

3.1.*ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется:*

3.1.1. Провести лечебно-диагностические мероприятия в соответствии с условиями настоящего договора и с предварительным диагнозом, планом лечения и в соответствии с государственными стандартами лечения, исходя из специфики каждого конкретного случая.

3.1.2.Выдать заключение с указанием результатов проведенных исследований и лечебных мероприятий.

3.1.3.Информировать Потребителя о возможных осложнениях, отрицательном результате лечения.

3.1.4.Информировать Потребителя о возможности проведения дополнительных методов обследования.

3.1.5. Обеспечить Потребителя бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащей сведения о Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи; о Порядке оказания медицинской помощи и Стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг;

3.2. *Потребитель в добровольном порядке*  *обязуется:*

3.2.1. Сообщить уполномоченному медицинскому работнику ИСПОЛНИТЕЛЯ сведения о заболеваниях, противопоказаниях к приему каких-либо лекарств или процедур, известных ему аллергических реакциях, сообщить о любых изменениях самочувствия, выполнять все требования, рекомендации медицинского персонала ИСПОЛНИТЕЛЯ, в том числе на оговоренный период после оказания медицинских услуг;

3.2.2.Посещать врача в назначенные сроки в соответствии с предписанием персонала центра.

3.2.3. Соблюдать установленные ИСПОЛНИТЕЛЕМ требования безопасности при оказании услуг, а также правила поведения установленные в помещении ИСПОЛНИТЕЛЯ.

3.2.4. Оплачивать услуги ИСПОЛНИТЕЛЯ в порядке и на условиях, которые установлены настоящим Договором;

3.3. *ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право:*

3.3.1.Отказать в проведении лечебно-диагностических мероприятий в случае невыполнения Потребителем требований, назначений лечащего врача, персонала центра и условий настоящего договора без выплаты денежной компенсации за непредоставленные услуги.

3.3.2.При выявлении у Потребителя противопоказаний к проведению лечебно-диагностических мероприятий, отказать ему в этом.

3.3.3.По объективным причинам произвести замену лечащего врача специалистом соответствующего профиля.

3.3.4. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.

3.4. *Потребитель имеет право:*

3.4.1.На получение достоверной информации о состоянии своего здоровья.

3.4.2.Сменить лечащего врача в процессе лечебно-диагностических мероприятий.

3.4.3.Получать заключения с указанием результатов проведенных исследований, лечебных мероприятий и необходимых рекомендаций.

3.4.4. На возможность 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.

4.СРОКИ ИСПОЛНЕНИЯ УСЛУГ

4.1.Сроки исполнения медицинских услуг устанавливаются в зависимости от схемы проводимого лечения по договоренности между ИСПОЛНИТЕЛЕМ и Потребителем о чем производится запись в медицинской карте за подписью Потребителя.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1.В случае невыполнения Потребителем двух и более раз рекомендаций и требований лечащего врача, нарушения периодичности и сроков лечения и обследования ИСПОЛНИТЕЛЬ вправе расторгнуть Договор в одностороннем порядке, известив Потребителя в письменной форме.

5.2.В случае неисполнения или частичного исполнения услуг по настоящему договору Учреждение обязуется вернуть Потребителю ранее внесенную сумму за вычетом стоимости выполненных услуг.

5.3.В случае замены процедуры вне рамок обследования и лечения по инициативе Потребителя ИСПОЛНИТЕЛЬ не несёт ответственности за конечный результат.

5.4. Сторона, считающая, что ее права по настоящему договору нарушены, вправе направить другой стороне письмо с изложением своих претензий не позже двухнедельного срока после окончания оказания медицинских услуг. Сторона, получившая претензию, обязана ответить на нее в срок 10 рабочих дней с момента получения. В случае неполучения ответа, сторона, пославшая претензию, может обратиться в суд за защитой своих прав.

6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

6.1.Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до исполнения сторонами его условий. При заключении договора Потребителем с целью получения конкретного вида услуг его действие распространяется на все услуги, оказываемые центром, кроме стоматологических, в соответствии с Уставом и Лицензией и не требует заключения нового договора. Срок действия договора считается пролонгированным при взаимном согласии сторон на неопределённый срок.

6.2.Настоящий договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой стороны. При этом оба экземпляра имеют одинаковую юридическую силу. Все изменения договора оформляются в письменном виде путём составления дополнительного соглашения, подписанного сторонами договора.

6.3. Все вопросы, не урегулированные настоящим договором, решаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, настоящим договором.

АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ: ЗАКАЗЧИК:

ООО«МЕДИАЛ» Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес: 142500,г. Павловский Посад МО, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ул. Каляева, д. 3, оф.1-13 Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел. 8-496-432-44-09 Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Генеральный директор ООО «МЕДИАЛ» Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ермолова Айтан Марсовна М.П.

|  |
| --- |
|  |
| П |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Приложение 1.5**

**ДОГОВОР №\_\_\_\_\_\_\_**

**возмездного оказания медицинских услуг**

*г. Павловский Посад "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_г.*

Общество с ограниченной ответственностью «МЕДИАЛ » именуемое в дальнейшем «Исполнитель», свидетельство ОГРН

№ 1075035001150 выдано ИФНС № по г. Павловскому Посаду Московской области 08 октября 2007 г., действующее на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-50-01-011393 от 24 октября 2019 выданной министерством здравоохранения Московской области ([143407, Московская область, г. Красногорск-7, бульвар Строителей, д. 1](http://mz.mosreg.ru/kontakty), тел.(498) 602-03-52) в лице Генерального директора Ермоловой Айтан Марсовны, действующей на основании Устава с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

именуемый(-ая) в дальнейшем «**Потребитель**», с другой стороны, действующий(-ая) в своих интересах вместе именуемые "Стороны", заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Исполнитель оказывает, при наличии медицинских показаний и организационно-технических возможностей, платные медицинские услуги по наименованию, стоимости и в сроки, указанные в Приложениях к настоящему Договору, которые является неотъемлемой частью Договора, а Заказчик обязуется оплатить медицинские услуги по цене, в сроки и на условиях, установленных настоящим Договором и приложениями к нему. В случае если Заказчик одновременно является Потребителем, далее по тексту Договора он именуется «Потребитель».

1.2. Потребитель имеет возможность ознакомиться с публичным договором на оказание медицинской помощи на официальном сайте Исполнителя http: medial-posad.ru и принять для себя решение о присоединении к договору на данных условиях или о поиске иной публичной оферты.

1. **УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ**

2.1. Исполнитель в соответствии с п. 1.1. настоящего Договора оказывает медицинские услуги по настоящему Договору в помещении Исполнителя, расположенного по адресу: по адресу: Московская область, г. Павловский Посад, ул. Каляева, д. 3, пом. 2, 2 этаж.

2.2. Исполнитель осуществляет свою деятельность в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности № Л041-01162-50/00359712 от 15 сентября 2020 выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109012, Москва, Славянская площадь, д.4, стр.1, тел. [+7 (499) 578-02-20](tel:+74995780220)) сроком действия бессрочно, на осуществление медицинской помощи по:

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

* при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок) медицинскому массажу, сестринскому делу, сестринскому делу в косметологии, сестринскому делу в педиатрии;
* при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии, терапии;
* при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: терапии;
* при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности), гастроэнтерологии, дерматовенерологии, кардиологии, косметологии, неврологии, онкологии, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, психиатрии, психиатрии-наркологии, сердечно-сосудистой хирургии, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностики, функциональной диагностике, эндокринологии;
* при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности);
* при проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности, экспертизе профессиональной пригодности;
* При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым), медицинским осмотрам профилактическим;
* При проведении медицинских освидетельствований организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием, медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством.

2.3. Подписывая настоящий Договор, Потребитель в добровольном порядке дает согласие на обработку своих персональных данных на неопределенный срок (**Приложение №1**): на хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование и уничтожение (в соответствии с Федеральным законом «О персональных данных» № 152— ФЗ от 27.07.2006г.) в целях и объемах, необходимых для реализации настоящего Договора, в том числе на открытую видеосъемку в целях обеспечения прав Пациента при оказании медицинских услуг, путем установки Исполнителем видеокамер, направленных на рабочие места медицинских работников с целью осуществления контроля качества медицинских услуг.

**3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

**3.1. Исполнитель обязан:**

3.1.1. предоставить Потребителю платную стоматологическую услугу в соответствии с имеющейся у Исполнителя лицензией на осуществление медицинской деятельности;

3.1.2. информировать Потребителя о методах оказания медицинской услуги связанной с ней рисками возможных видах медицинского вмешательства и ожидаемых результатах медицинской услуги, иной информацией и сведениями в соответствии с действующим российским законодательством по направлению;

3.1.3. ознакомить Потребителя с подробной информацией о предоставляемых стоматологических услугах, планом и стоимостью лечения;

3.1.4. обеспечить неразглашение информации, составляющей врачебную тайну, в соответствии со статьей 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

3.1.5. представить Потребителю письменный акт об оказании услуг по настоящему Договору;

3.1.6. совместно с Потребителем согласовать перечень стоматологических услуг, необходимых Потребителю;

3.1.7. обеспечить Потребителя бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащей сведения о Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи; о Порядке оказания медицинской помощи и Стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг;

3.1.8. информировать Потребителя о методах оказания медицинской услуги, связанной с ней рисками возможных видах медицинского вмешательства и ожидаемых результатах медицинской услуги, иной информацией и сведениями в соответствии с действующим российским законодательством по направлению;

3.1.9. сообщить достоверную информацию о конкретном медицинском работнике, оказывающем медицинскую услугу по Договору, его квалификации, режиме работы.

**3.2. Потребитель в добровольном порядке обязуется:**

3.2.1. сообщить уполномоченному медицинскому работнику Исполнителя сведения о заболеваниях, противопоказаниях к приему каких-либо лекарств или процедур, известных ему аллергических реакциях, сообщить о любых изменениях самочувствия, выполнять все требования, рекомендации медицинского персонала Исполнителя, в том числе на оговоренный период после оказания медицинских услуг;

3.2.2. рассмотреть и подписать акт оказания услуг **(Приложение №2),** представленный Исполнителем в день предоставления услуги при условии отсутствия у Потребителя каких-либо замечаний к оказанным Исполнителем услугам.

3.2.3. При наличии замечаний к оказанным Исполнителем услугам Потребитель указывает об этом в акте и после устранения Исполнителем всех выявленных замечаний подписать акт и передать один экземпляр Исполнителю;

3.2.4. соблюдать установленные Исполнителем требования безопасности при оказании услуг, а также правила поведения установленные в помещении Исполнителя **(Приложение №3);**

3.2.5. выполнять требования Исполнителя, от которых зависит качественное предоставление услуг и условия гарантии, в том числе: рекомендации и назначения лечащего врача, а так же правила указанные в Памятке Пациента **(Приложение к медицинской карте);**  соблюдать График профилактического осмотра, который указан в Гарантийном талоне **(Приложение №4);**

3.2.6. оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором;

3.2.7. обратиться к Исполнителю с целью зафиксировать факт возникновения недостатков по предоставленной услуге.

**3.3. Исполнитель имеет право:**

3.3.1. отложить или отменить лечебное мероприятие, в том числе в день процедуры, в случае обнаружения у Потребителя противопоказаний как со стороны органов полости рта, так и по общему состоянию организма;

3.3.2. получать от Потребителя информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору;

3.3.3. получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.

**3.4. Потребитель имеет право:**

3.4.1. получать от Исполнителя услуги, предусмотренные настоящим Договором;

3.4.2. получать услуги в условиях, соответствующим санитарно-гигиеническим требованиям;

3.4.3. расторгнуть договор в любое время при условии полной оплаты фактически понесенных Исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по договору;

3.3.4. на осуществление ремонтных или восстановительных работ стоматологического изделия на протяжении гарантийного срока, а также на полную замену стоматологического изделия, качество которого не соответствует заявленному;

3.3.5. получать информацию о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья;

3.5. Потребитель и Исполнитель обладают иными правами и несут иные обязанности, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

**4. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ**

4.1. Потребитель соглашается с тем, что стоимость стоматологических услуг, утвержденная Исполнителем и согласованная с Потребителем после осмотра - предварительная. Она не включает стоимость лечения скрытых патологий, которые могут обнаружить Исполнитель в процессе лечения. Последующая корректировка общей цены услуг будет производиться в зависимости от вида и объема медицинских услуг, которые будут необходимы для решения проблемы со здоровьем.

4.2. Если в процессе лечения, обследования возникает необходимость превышения приблизительной стоимости, Исполнитель обязуется уведомить об этом Потребителя и получить его согласие на такое превышение.

4.3. Потребитель оплачивает стоматологические услуги Исполнителю в соответствии с действующим прейскурантом на медицинские услуг **(Приложение №6)** у Исполнителя на момент обращения за стоматологическими услугами. Действующий прейскурант цен на медицинские услуги размещен на сайте Исполнителя <https://medial-posad.ru/>- и в «папке посетителя» расположенной в холле Исполнителя.

4.4. Исполнитель представляет Потребителю письменный акт об оказании услуг по настоящему Договору с указанием суммы оплаты за предоставленную услугу. Подписываемый Сторонами акт об оказании услуг являются подтверждением оказания услуг Исполнителем Пациенту. Акт представляется Исполнителем в день оказания услуги.

4.5. Оплата за медицинские услуги по настоящему договору производится пациентом в рублях по факту выполнения работы в день оказания услуги в размере 100% стоимости услуг, за исключением комплексного ортопедического лечения.

4.6. Расчет производят в наличной форме путем внесения денежных средств в кассу исполнителя или безналичным способом.

4.7. Стороны соглашаются, что в случае длительного лечения, предполагающего этапность, комплексное ортопедическое, лечение и будет оплачиваться путем уплаты Потребителем аванса в размере 50% стоимости лечения Исполнителю, оставшаяся сумма оплачивается в день завершения лечения по ценам, действующим на момент подписания Предварительного плана лечения.

**5. ГАРАНТИЙНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА**

5.1. Гарантийные обязательства перед Потребителем и обязательства по срокам службы на медицинские изделия Исполнителя указаны в **Приложении №7**.

**6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН И ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

6.1. Исполнитель несет ответственность перед Потребителем за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя.

6.2. Подписание настоящего Договора Потребителем свидетельствует о получении Потребителем от Исполнителя полной, известной последнему, информации о состоянии своего здоровья, наличии заболевания, диагнозе, методе лечения, связанных с ним рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, о результатах лечения, диагностики.

6.3. Подписывая настоящий договор, Потребитель обязуется сообщить Исполнителю всю известную Потребителю достоверную информацию о состоянии своего здоровья, полно и правдиво ответить на вопросы представителей Исполнителя в части, касающейся здоровья Потребителя.

6.3. За нарушение установленных настоящим Договором сроков исполнения услуг Потребитель вправе требовать с Исполнителя выплаты неустойки в размере 0.5 % за каждый день просрочки от стоимости услуги, срок оказания которой нарушен Исполнителем.

6.4. За нарушение установленных настоящим Договором сроков оплаты медицинских услуг Исполнитель вправе требовать с Потребителя выплаты неустойки в размере 0.5 % за каждый день просрочки от стоимости услуги, не оплаченной Потребителем.

6.5. В случае неоплаты Потребителем стоимости услуг, Исполнитель вправе, после письменного уведомления Потребителя, уступить задолженность Потребителя перед Исполнителем сторонней организации.

6.6. Понимая субъективность оценки эстетического и косметического результатов медицинских услуг, Стороны договорились урегулировать спор, оценку результатов вытекающий из настоящего договора или в связи с ним, в досудебном порядке не ранее сроков, указанных в Предварительном плане лечения, путем оценки результатов на совместном заседании Потребителя и Врачебной Комиссии Исполнителя, при этом Потребитель разрешает передачу информации, содержащейся в амбулаторной медицинской карте, членам Врачебной Комиссии Исполнителя и сторонним специалистам с условием сохранения ими врачебной тайны.

6.7. При возникновении споров стороны будут стремиться разрешить сложившуюся ситуацию путем переговоров.

6.8. При не достижении согласия сторон, споры разрешаются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.9. Стороны договорились, что претензии Потребитель предъявляет Исполнителю в простой письменной форме, которая подписана автором и содержит его контактные данные, полные имя, фамилию и отчество.

**7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ПОРЯДОК ЕГО РАСТОРЖЕНИЯ**

7.1. Срок действия настоящего Договора устанавливается 1 год с момента его подписания. Если за две недели до истечения указанного срока Стороны не заявили о своем намерении расторгнуть настоящий Договор, то он продолжает действие на следующий срок такой же продолжительностью.

7.2. Перечень, время, стоимость и сроки выполнения оказываемых медицинских услуг указываются в Плане лечения **(Приложение №5),** который является неотъемлемой частью настоящего договора на оказание платных стоматологических услуг.

7.3. Потребитель вправе в любое время расторгнуть договор при условии возмещении Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы по исполнению договора.

7.5. Возврат денежных средств Исполнитель осуществляет наличным расчетом или по безналичному расчету на основании письменного заявления Потребителя путем перечисления денежных средств по реквизитам, указанным Потребителем в течении 10 банковских дней.

**8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

8.1. Все приложения, указанные в настоящем Договоре или созданные дополнительно в процессе действия Договора, являются неотъемлемой частью настоящего Договора и являются действительными, если они подписаны обеими Сторонами.

8.2. Настоящий Договор составлен в 3 экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Заказчика, третий – у Потребителя. В случае если Договор заключен между Потребителем и Исполнителем, он составляется в 2 экземплярах.

8.3. Потребитель дает свое согласие на получение информации от Исполнителя на свой электронный адрес или телефонный номер, о сроках профилактических осмотров, напоминание о назначенном времени приема, о специальных предложениях Исполнителя.

8.4. Подписывая настоящий Договор, Потребитель подтверждает, что получил информацию о действующем прейскуранте на медицинские услуги, о гарантийных обязательствах и сроках службы при оказании платных медицинских услуг.

8.5. Исполнитель в соответствии с п. 15 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006, уведомляет о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинской организации – ООО «МЕДИАЛ» (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

8.6. В целях повышения качества медицинских услуг и определения патологий для дальнейшей диагностики и планирования лечения Потребитель дает свое согласие на проведение дентальных рентгеновских снимков своей ротовой полости.

8.7. В случае оказания Потребителю всех предусмотренных и оплаченных стоматологических услуг по настоящему договору при отсутствии обоснованных претензий по качеству оказания услуг, настоящий Договор пересмотру не подлежит и возврат денежных средств Исполнителем не производиться.

8.8. Потребитель может ознакомиться с информацией о «Правилах предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 года N 1006, действующим Федеральным законом от 21.11.2011г №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», законом №2300-1 от 07.02.1992г «О защите прав потребителей», на сайте Исполнителя , информационном стенде Исполнителя по адресу: <https://medial-posad.ru/> и информационном стенде Исполнителя по адресу: Московская область, г. Павловский Посад, ул. Каляева, д. 3, пом. 2, 2 этаж., а также в «папке посетителя», расположенной в помещении холла Исполнителя.

8.9. Потребителю предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

8.10. Подписание настоящего Договора Потребителем свидетельствует о получении Потребителем от Исполнителя полной, известной последнему, информации о состоянии своего здоровья, наличии заболевания, диагнозе, методе лечения, связанных с ним рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, о результатах лечения, диагностики.

8.12. Потребитель подтверждает, что был уведомлен Исполнителем о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя, а также на качестве медицинских услуг.

**9. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **ЗАКАЗЧИК:**  должность и Ф. И. О. лица, подписывающего договор | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) |
| **ПОТРЕБИТЕЛЬ:**  Ф. И. О. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Адрес места жительства и контактный телефон | г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ул.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  дом\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  кв.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Подпись: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ:** | ООО «МЕДИАЛ» |
| ИНН/КПП | 5035036409/ 503501001 |
| ОГРН | 1075035001150 |
| Юридический адрес: | 142500, Московская область, г.Павловский Посад, ул. Каляева, д.3, офис 1-13 тел: 8(496) 432-44-09 |
| Орган, осуществивший гос. регистрацию | МЕЖРАЙОННАЯ ИНСПЕКЦИЯ ФЕДЕРАЛЬНОЙ НАЛОГОВОЙ СЛУЖБЫ №30 ПО Г. Павловский Посад |
| р/с | 40702810640000006209  в ПАО «СБЕРБАНК РОССИИ», г.Москва |
| к/с | 30101810400000000225 |
| БИК | 044525225 |
| ОКАТО | 46245501000 |
| Генеральный директор | Айтан Марсовна Ермолова |
| Подпись: |  |

Экземпляр Договора на руки получил:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)

Приложение №2

к договору №\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_г

**АКТ № \_\_\_**

**оказания услуг** от«\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_г.

Исполнитель: ООО «МЕДИАЛ » ИНН 5035036409КПП 503501001

ОГРН 1075035001150АДРЕС: 142500, Московская область, г. Павловский Посад, ул. Каляева, д.3, офис 1-13

Потребитель:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование услуги | Количество | Стоимость (руб.) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Итого к оплате** | | |  |

Освобождено от НДС (ст. 149 Налогового кодекса РФ)

Всего оказано услуг на сумму: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей \_\_\_коп.

Все вышеуказанные услуги выполнены полностью и в срок, претензий.

по объему, эстетическому результату, качеству и срокам оказания услуг

Потребитель не имеет.

Исполнитель: Генеральный директор Потребитель: \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ООО «МЕДИАЛ» (подпись) (Ф. И. О.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А.М. Ермолова

М.П.

Приложение №3

к договору № \_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_г

**Правила поведения в ООО «МЕДИАЛ»**

**1. Введение**

1.1. Обязанность гражданина соблюдать правила поведения в медицинских организациях закреплена в статье 27 Закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Закон № 323-ФЗ). Граждане обязаны соблюдать правила поведения во всех организациях, относящихся к медицинским организациям по смыслу статьи 2 Закона № 323-ФЗ.в том числе в ООО «МЕДИАЛ» (далее Клиника).

1.2. **Правила**  являются регламентом, определяющим порядок отношений медицинского работника и пациента, их взаимные права и обязанности.

1.3. Субъектом обязанности являются как сам пациент, так и его близкие родственники, а также любые иные лица, находящиеся в медицинской организации вне зависимости от цели посещения, сроков и своего статуса.

**2. Пациентам и посетителям**

2.1. В целях соблюдения общественного порядка, предупреждения и пресечения террористической деятельности, иных преступлений и административных правонарушений, соблюдения санитарно-эпидемиологических правил, обеспечения личной безопасности работников Клиники, пациентов и посетителей, запрещается:

- проносить в Клинику огнестрельное, газовое и холодное оружие, ядовитые, радиоактивные, химические и взрывчатые вещества, спиртные напитки и иные предметы и средства, наличие которых у посетителя либо их применение (использование) может представлять угрозу для безопасности окружающих;

- иметь при себе крупногабаритные предметы;

- находиться в служебных помещениях Клиники без разрешения администрации Клиники;

- употреблять пищу в коридорах, врачебных кабинетах и других помещениях;

- курить у центрального входа, в коридорах, кабинетах, холле и др. помещениях Клиники;

- громко разговаривать, шуметь, хлопать дверьми;

- запрещается вход в Клинику на роликах и с велосипедами, с собаками и другими животными.

- оставлять детей в возрасте до 14 лет без присмотра в помещениях Клиники;

- выносить из помещений Клиники документы, полученные для ознакомления;

- изымать какие-либо документы из медицинских карт, информационных стендов;

- размещать в помещениях Клиники объявления без разрешения администрации Клиники;

- производить фото, видеосъемку на территории Клиники и аудиозаписи разговоров с сотрудниками и другими пациентами без предварительного разрешения администрации Клиники;

- выполнять в помещениях Клиники функции торговых агентов, представителей и находиться в помещениях Клиники в иных коммерческих целях;

- запрещается проходить во внутренние помещения клиники в верхней одежде и без сменной обуви. Верхняя одежда, включая головные уборы, на момент посещения кабинета врача должна быть оставлена в гардеробе клиники. Заменить сменную обувь могут бахилы, бесплатно предоставляемые всем посетителям клиники;

2.2. Запрещается доступ в помещения Клиники лицам в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, с агрессивным поведением, лицам, имеющим внешний вид, не отвечающий санитарно-гигиеническим требованиям.

2.3. Клиника не участвует в осуществлении Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

2.4. Контроль за поведением ребенка во время ожидания приема врача осуществляется родителями или лицами, сопровождающими ребенка. Осуществление контроля за порядком в зоне ожидания приема врача возложено на дежурного администратора.

2.5. Перед началом манипуляций пациент должен сообщать врачу о принимаемых в настоящий момент лекарственных препаратах и о непереносимости медикаментов.

2.6. Пациент имеет право на:

- выбор врача и выбор медицинской организации в соответствии с ФЗ от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

- профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

- получение консультаций врачей-специалистов;

- облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами;

- получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения;

- получение информации о фамилии, имени, отчестве, должности, квалификации его лечащего врача и других лиц, участвующих в оказании ему медицинской помощи;

- выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;

- защиту сведений, составляющих врачебную тайну;

- отказ от медицинского вмешательства;

- выражение информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, являющееся необходимым предварительным условием медицинского вмешательства;

- непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать на основании такой документации консультации у других специалистов;

- получение, на основании письменного заявления, отражающих состояние его здоровья медицинских документов, их копий и выписок из медицинских документов.

- получение медицинских услуг и иных услуг в рамках программ обязательного и добровольного медицинского страхования;

2.7. **Пациент обязан:**

- принимать меры к сохранению и укреплению своего здоровья;

- своевременно обращаться за медицинской помощью;

- находясь на лечении, соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период его временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в Клинике;

- проявлять в общении с медицинскими работниками такт и уважение, быть выдержанным, доброжелательным;

- не приходить на прием к врачу в алкогольном, наркотическом, ином токсическом опьянении;

- своевременно являться на прием и предупреждать о невозможности явки по уважительной причине;

- сообщать врачу всю информацию, необходимую для постановки диагноза и лечения заболевания;

- информировать о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, представить иные сведения, которые могут сказаться на качестве услуг;

- подписать информированное согласие на медицинское вмешательство и другие документы Клиники;

- ознакомиться с рекомендованным планом лечения и соблюдать его;

- своевременно и неукоснительно выполнять все предписания лечащего врача;

- немедленно информировать лечащего врача об изменении состояния своего здоровья в процессе диагностики и лечения;

- не предпринимать действий, способных нарушить права других пациентов и работников клиники;

- соблюдать установленный порядок деятельности Клиники и нормы поведения в общественных местах;

- при посещении медицинских кабинетов надевать на обувь бахилы или переобуваться в сменную обувь;

- не вмешиваться в действия лечащего врача, не осуществлять иные действия, способствующие нарушению процесса оказания медицинской помощи;

- не допускать проявлений неуважительного отношения к иным пациентам и работникам Клиники;

- в случае невозможности прихода во время, назначенное при предварительной записи, вообще или ввиду опоздания, необходимо заранее известить администратора клиники об отмене записи.

2.8. Посетители обязаны соблюдать нормы поведения в общественных местах, обращаться к работникам и другим посетителям клиники в спокойной, вежливой, уважительной форме. Категорически запрещается употреблять нецензурную лексику. При грубом нарушении посетителями Правил внутреннего распорядка работы клиники, сотрудники клиники используют охранную сигнализацию.

2.9. Администрация не несет ответственности за вещи, оставленные без присмотра в помещении клиники.

2.10. Во время посещения кабинета врача посетители должны перевести мобильные телефоны в режим «без звука».

**3. Взаимодействие пациента и лечащего врача**

3.1. Лечащий врач организует своевременное квалифицированное обследование и лечение пациента, предоставляет информацию о состоянии здоровья пациента.

3.2. Лечащий врач предоставляет пациенту в понятной и доступной форме информацию о ходе оказания медицинской услуги, о противопоказаниях, о возможных осложнениях и дискомфорте во время и после лечения, о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения.

3.3. По письменному заявлению пациента работники Клиники могут подготовить выписку из истории болезни (эпикриз), консультативное заключение, какую-либо справку или сделать копию документа истории болезни, отражающего состояние здоровья ребенка.

3.4. Лечащий врач в случае возникновения разногласий между ним и пациентом по вопросу качества и эстетического результата оказанных медицинских услуг, обращается за рассмотрением спора к Врачебной Комиссии Клиники.

3.5. Рекомендации консультантов пациента реализуются только по согласованию с лечащим врачом, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи.

3.6. Лечащий врач по согласованию с руководством Клиники может отказаться от наблюдения за пациентом и его лечения, если отказ непосредственно не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих, в том числе по причине несоблюдения пациентом предписаний, режима лечения или настоящих Правил поведения и иных законных требований.

3.7. Администратор и врачи Клиники имеют право отказать пациенту в плановом приеме (консультации, лечебно-диагностических процедурах и т.д.) в случае опоздания пациента более чем на 15 минут и перенести оказание медицинских услуг опоздавшему пациенту на другое время.

3.8. Пациенты, опоздавшие на прием (консультацию, лечебно-диагностические процедуры и т.д.) более чем на 15 минут, получают данные медицинские услуги в другое время, по согласованию с администратором Клиники.

3.9. **Пациент имеет право:**

- запросить у медучреждения информацию об обработке персональных данных, что отражено в ч. 7 ст. 14 ФЗ «О персональных данных», а также раскрыт перечень запрашиваемых сведений. Подготовить интересующую пациента информацию медучреждение должно в 30-дневный срок после получения запроса;

•уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского персонала;

•надлежащее качество и безопасность услуги;

•полную и достоверную информацию об услуге и ее исполнителе;

•выбор врача и лечебного учреждения;

•оказание медицинской услуги в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

•проведение консультации с другими специалистами;

•отказ от медицинского вмешательства;

•уменьшение цены при невыполнении сроков;

•врачебную тайну;

•информационное согласие на медицинское вмешательство;

•облегчение боли, связанной с заболеванием;

•возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи;

•получение информации о своих правах и обязанностях;

•полное возмещение убытков, в том числе компенсации за моральный ущерб, к которому можно отнести физические и нравственные страдания;

•безвозмездное устранение недостатков в случае плохого качества услуги.

**4. Первичный и повторный приемы врача-специалиста**

4.1. Под первичным приёмом, в рамках настоящих Правил, понимается первичное обращение к конкретному врачу-специалисту в рамках договора между пациентом и Клиникой и последующие обращения к этому врачу более чем через один месяц с момента первого обращения, независимо от причины обращения;

4.2. Под повторным приёмом, в рамках настоящих Правил, понимается повторное обращение к одному врачу- специалисту в течение одного месяца с момента первичного обращения.

4.3. Если, с момента первичного обращения к специалисту прошло более одного месяца, следующий прием того же специалиста считается первичным.

4.4. Оказание медицинских услуг в стоматологической Клинике осуществляется по предварительной записи.

4.5. Первое посещение врача ребенком производится только в сопровождении одного из родителей. Оказание услуг осуществляется на основании письменного договора об оказании стоматологических услуг. Для оформления Договора родитель предоставляет свой паспорт и свидетельство о рождении ребенка. Иное лицо, сопровождающее ребенка, должно иметь доверенность на представление интересов ребенка, выданную одним из родителей.

4.6. В случае отсутствия паспорта, свидетельства о рождении ребенка или доверенности от одного из родителей (одного из перечисленных документов), договор об оказании стоматологических услуг не заключается и услуги не оказываются. В случае необходимости оказания ребенку срочной медицинской помощи, решение об оказании которой должен принять лечащий врач, лицо, сопровождающее ребенка, составляет письменную гарантию о предоставлении не позднее следующего дня своего паспорта, свидетельства о рождении ребенка или доверенности. В письменной гарантии должны быть указаны фамилия, имя, отчество лица, сопровождающего ребенка, фамилия, имя, отчество и год рождения ребенка, адрес регистрации ребенка и его родителя или представителя, телефоны, а также реквизиты других имеющихся документов, удостоверяющих личность. Медицинская помощь оказывается ребенку без заключения договора, а договор об оказании стоматологических услуг заключается на следующий день после представления перечисленных документов.

4.7. При возникновении какой-либо спорной ситуации клиника, как Исполнитель, по договору об оказании стоматологических услуг, и Заказчик стремятся разрешить ее путем переговоров, относясь друг к другу с максимальным уважением, учитывая возможности и интересы друг друга.

4.8. При появлении у Пациента жалобы (претензии) Пациент оставляет претензию в письменной форме, заверяет ее личной подписью и предъявляет администратору Клиники. В претензии должны быть указаны:

• предмет претензии;

• фамилия работника клиники, работа которого или поведение вызвали претензию;

• дата и время события, вызвавшего претензию, обстоятельства, при которых оно произошло;

• другая информация, важная с точки зрения Пациента;

• дата предъявления претензии;

• адрес для направления письменного ответа или дата и время, когда Пациенту было бы удобно получить устные объяснения;

• телефон и другие способы связи с Пациентом для получения дополнительной информации.

4.9. Все жалобы рассматриваются администрацией клиники в течение тридцати дней со дня предъявления претензии. Для проверки обоснованности претензии Клиника использует аудио и видеозапись всех событий, включая телефонные переговоры и нахождение Пациента на приеме врача.

**5. Ответственность за нарушение настоящих Правил**

5.1. В случае нарушения пациентами и иными посетителями Правил Клиники, сотрудники Клиники вправе делать соответствующие замечания и применять иные меры воздействия, предусмотренные действующим законодательством.

5.2. Совершение посетителями противоправных действий (оскорбление работников клиники, попытка причинения им телесных повреждений, причинение ущерба имуществу клиники, создание помех работе медицинских работников и др.) влекут за собой гражданскую, административную или уголовную ответственность для лиц, их допустивших. Администрация Клиники может обратиться в судебные или правоохранительные органы для восстановления нарушенных прав и привлечения виновных к ответственности.

Исполнитель : Генеральный директор ООО «МЕДИАЛ» Потребитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А.М.Ермолова подпись (Ф. И. О.)

М.П. дата: «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_

Приложение № 5

к договору №\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_\_г

|  |  |
| --- | --- |
| **ГАРАНТИЙНЫЙ ПАСПОРТ**  Исполнитель: Медицинский центр ООО «МЕДИАЛ»  **Ф. И. О. пациента:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Медицинское изделие:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата Фамилия врача Подпись  М. П.  ООО «МЕДИАЛ» выполняет гарантийные обязательства перед пациентом при следующих условиях:  - предоставление настоящего гарантийного паспорта;  - прохождение пациентом бесплатных контрольных осмотров в сроки, указанные в гарантийном паспорте и выполнение рекомендаций по уходу, указанных в Памятке пациента (Приложение №4 к медицинской карте);  - проведении комплекса профессиональной гигиены полости рта не менее чем 1 раз в полгода;  - при возникновении каких-либо недостатков услуг в течении гарантийного срока, следует немедленно обратиться в клинику, не прибегая к помощи других лечебных учреждений. | Приложение №4 к договору №\_\_\_\_\_от«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_202\_г |
| **График профилактического**  **осмотра**  **Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Подпись врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Подпись врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Подпись врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Подпись врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ознакомлен с гарантийными**  (ФИО пациента)  **Обязательствами, памятку и гарантийный паспорт получил.**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  (дата) (подпись пациента) | |

Приложение № 5

к договору №\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_\_г

**Предварительный план лечения**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование (код) услуги | Стоимость услуги за единицу (руб.) | Количество | Общая стоимость |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Всего предполагается оказать услуги на сумму:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_рублей  **в течение шести месяцев** (данный срок является примерным и зависит от индивидуальных особенностей организма). | | | | |

**Потребитель предупрежден:**

- Мною заданы интересующие меня вопросы о сути, условиях и сроках выполнения вышеуказанных медицинских услуг, альтернативных планах лечения и связанных с ними преимуществах и недостатках, получены исчерпывающие ответы и разъяснение на них. Я понял значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

- На указанные в плане лечения услуги, сроки их выполнения и порядок их оплаты **согласен (на).**

Исполнитель : Генеральный директор ООО «МЕДИАЛ» Потребитель:

Приложение №6 к договору № \_\_ от «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ ­\_г

«УТВЕРЖДАЮ»

Генеральный директор

ООО «МЕДИАЛ»

**ПРЕЙСКУРАНТ НА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ**

Приложение №7

к договору № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г

**Положение о гарантийных обязательствах и сроках службы**

**1. Общее**

1.1. Настоящее Положение вместе с Договором на оказание платных стоматологических услуг, Приложениями к договору, другими договорами и локальными актами, регулирует гарантийные обязательства и обязательства по срокам службы ООО «МЕДИАЛ» (далее Клиника») перед Потребителем при оказании платных стоматологических услуг.

1.2. Настоящее Положение разработано в соответствии с Гражданским кодексом РФ, законом «О защите прав потребителей», Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (ППРФ от 4 октября 2012 г. N 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг"), Федеральным законом N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

1.3. Гарантии в Клинике предоставляются обязательно:

- каждому Потребителю;

- на каждую выполненную работу (конкретный пролеченный зуб, поставленный имплантат и т.д.), либо в виде гарантийного срока и срока службы, либо в виде процента вероятности достижения ожидаемого результата лечения,

с учетом индивидуальных обстоятельств (т.е. с учетом клинической ситуации);

1.4. Клиника выполняет свои гарантии, если Потребитель соблюдает названные ему условия.

**2. Определения и понятия**

2.1. **Гарантия** — это финансовая ответственность Клиники перед пациентом на бесплатное устранение возможных недостатков на предоставленное медицинское изделие. Гарантии устанавливаются на материальный результат лечения. Гарантия обязывает Исполнителя бесплатно устранить недостаток в период гарантийного срока (или уменьшения цены, изготовления другой вещи из однородного материала, и т.д.)

2.2. Точных гарантий на оказанную медицинскую услугу нет. Результат зависит от состояния здоровья, запущенности заболевания, сопутствующих патологий, образа жизни, наличия вредных привычек, индивидуальных особенностей организма. Не достижение оптимального (ожидаемого, положительного) результата лечения при принятии Исполнителем всех правильных шагов в лечении, не является недостатком, а, следовательно, и не подлежит бесплатному устранению по гарантии.

2.3. По договору возмездного оказания услуг Исполнитель обязуется оказать, а Потребитель оплатить услуги (ст. 779 ГК). Предмет заключенного договора между исполнителем и Потребителем — процесс оказания услуги, а не результат. Приступая к лечению, Исполнитель гарантирует правильность своих действий, а не финансовую ответственность возможного лечения.

2.4. **Гарантийный срок** - период бесплатного устранения Исполнителем устранимых (незначительных, небольших) недостатков, выявленных Потребителем в процессе пользования услугами (коррекцию высоты пломбы, контактных пунктов, цвета зубов).

2.5. **Срок службы** – период бесплатной замены, переделки работы, поскольку ее результатами пользоваться нельзя

(выпадение пломбы, поломка ортопедическая конструкции) . При этом Потребитель должен доказать, что результатами работы пользоваться нельзя по вине Исполнителя.

2.6. **Недостаток** – это несоответствие оказанной стоматологической работы обязательным медицинским требованиям и технологиям, возможность возникновения которого не была заранее оговорена с Потребителем в Информированном добровольном согласии (приложение №2 к медицинской карте пациента).

2.7. **Существенный недостаток** - неустранимый недостаток или недостаток, который не может быть устранен без несоразмерных расходов или затрат времени, или выявляется неоднократно, или проявляется вновь после его устранения, или другие подобные недостатки.

2.8. **Безопасность услуги** – безопасность услуги для жизни и здоровья Потребителя при обычных условиях ее использования, а также безопасность процесса оказания услуги.

**3. Гарантийные сроки и сроки службы**

3.1. На различные виды медицинских изделий гарантийный срок и срок службы устанавливаются в соответствии с рекомендованными в стоматологии сроками и указываются в разделе 8 настоящего Положения.

3.2. На медицинские изделия, не указанные в разделе 8 настоящего Положения, устанавливается гарантийный срок в размере 1 (одного) дня.

3.3. Гарантия напостоянной пломбы устанавливается с момента завершения лечения (т.е. постановки).

3.4. При протезировании на имплантатахгарантия распространяется на случай отторжения импланта только если оно связано с проблемой качества конструкции. Гарантийный срок исчисляется с момента установки готового зубного протеза.

3.5. Гарантия на ортопедические изделия устанавливается с момента установки конструкции протеза.

3.6. Гарантийные сроки на ортопедические изделияустанавливаются в размере одного дня в следующих случаях:

3.6.1. на установку временных ортопедических конструкций;

3.6.2. при желании Потребителя выполнить работу по определенной им схеме и (или) при наличие медицинских противопоказаний к выполнению определенных видов протезирования.

3.7. Сроки службы на ортопедические конструкции устанавливаются в размере 7 дней в следующих случаях:

3.7.1. на установку временных ортопедических конструкций;

3.7.2. при желании Потребителя выполнить работу по определенной им схеме и (или) при наличие медицинских противопоказаний к выполнению определенных видов протезирования.

3.8. Гарантийные сроки и сроки службы при лечении кариеса зубов устанавливаются только на нахождение пломбы в зубе, но не распространяется на остальные ткани зуба, иные и вновь возникающие заболевания зуба.

3.9. Для случаев отсутствия гарантийных сроков или сроков службы на предоставляемые медицинские изделия, срок обнаружения недостатков составляет тридцать календарных дней со дня сдачи работы.

**4. Исчисление срока гарантии и срока службы**

4.1. Датой начала срока гарантии является дата оказания медицинской услуги, окончания – следующий день после истечения гарантийных обязательств.

4.2. Срок гарантии (срок службы) не возобновляется при коррекции протезов в процессе использования.

4.3. Как только год с момента принятия Потребителем медицинского изделия прошел, реализовать свои права Потребителя, вызванные недостатками медицинского изделия Потребитель уже не может, что вытекает из ч. 5 ст. 29 Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».

**5. Снижение гарантийного срока (срока службы)**

5.1. Обстоятельства, которые влияют на гарантии или могут их ограничивать:

5.1.1. Состояние общего здоровья пациента (по данным заполненной им анкеты);

5.1.2. Объем выполненного Потребителем рекомендованного плана лечения;

5.1.3. Сложность лечения (сложность клинического случая);

5.1.4. Ситуация в полости рта - наличие нарушений, не подлежащих устранению на момент лечения;

5.1.5. Выбранный с участием Потребителя вариант (метод) лечения.

5.1.6. Вредные условия производственной деятельности Потребителя, способные отрицательно повлиять на результаты лечения.

5.2. При незавершенном плане лечения по протезированию по причине отказа Потребителя от дальнейшего протезирования, на завершенные медицинские изделия установлен гарантийный срок равный 1 (один) месяц, срок службы равный 1 (один) месяц с момента сдачи протеза. При завершении протезирования гарантийный срок и срок службы на протезы увеличатся до обычных сроков гарантии и сроков службы на протезирование.

**6. Отмена гарантийного срока (срока службы)**

6.1. Потребитель лишается права гарантийных обязательств (обязательств по срокам службы) на предоставленные ему медицинские изделия в следующих случаях:

6.1.2. Применительно к ортопедической стоматологии -- когда имело место вмешательство со стороны другого ортопеда-стоматолога;

6.1.3. Возникновение осложнений при установке ему медицинских изделий, на участках и(или) частях полости рта, ранее подвергавшихся лечению в другом лечебном учреждении;

6.1.4. Возникновение аллергии или непереносимости препаратов и стоматологических материалов, разрешенных к применению, если наличие аллергии и непереносимости препаратов не отражено Потребителем в раздел медицинской карты;

6.1.5. Если недостатки возникли после принятия медицинского изделия Потребителем вследствие нарушения им правил использования медицинского изделия, действий третьих лиц или непреодолимой силы (п.4.ст.29З о ЗПП).

6.1.6. Потребитель в процессе лечения, или в течении срока гарантии (срока службы), установленного настоящим Положением самостоятельно или с помощью третьих лиц пытался устранить выявленные недостатки медицинского изделия;

6.1.7. Потребитель по неуважительным причинам, не предупредив Исполнителя, пропустил сроки очередной явки на приём;

6.1.8. Потребитель настаивает на нежелательном, с точки зрения Исполнителя, методе лечения,  конструкции  протеза или применения материала (медикамента);

6.1.9. Потребитель частично или полностью отказывается от необходимого дополнительного комплекса обследований и(или) лечения;

6.1.10. прекращение (не завершение) лечения по инициативе или вине Потребителя, в том числе и по причине нарушения условий лечения и (или) условий оплаты договора на оказание платных медицинских услуг;

6.1.11. Потребитель не соблюдает рекомендации Исполнителя по проведению необходимых мероприятий по уходу за состоянием полости рта (периодичность профилактических осмотров, ненадлежащее проведение гигиенических мероприятий полости рта, уход за протезами, постоянное наблюдение за имплантатами и т. д.);

6.1.12. Потребитель не своевременное сообщил информацию о:

- возникших нарушениях и отклонениях в состоянии здоровья;

- поломке и/или повреждения медицинских изделий.

6.1.13. Если после установке Потребителю медицинского изделия в период действия га­рантий возникнут (про­явятся) заболевания или физиологические состояния, которые способны негативно повлиять на достигнутые результаты (возникновение сопутствующих заболеваний или воздействие вредных факторов окружающей среды, в т. ч. длительный прием лекарственных препаратов при лечении других заболеваний, рецидивов периодонтитов, повышения или снижения чувствительности слизистой оболочки полости рта, зубов, убыль костной ткани и другие проблемы и(или) осложнения возникшие в следствии биологических особенностей организма).

**7. Порядок обращения Потребителя по гарантийным случаям**

7.1. В случае возникновения любых замечаний к медицинским изделиям Потребитель должен обратиться в Клинику, предъявить договор об оказании услуг и платежный документ, изложив суть замечания записаться на бесплатный прием.

7.2. После осмотра, Генеральный директор Клиники принимает решение является ли данный случай гарантийным или на данную ситуацию гарантийные обязательства не распространяются.

7.3. Обязанности по доказыванию недостатков медицинского изделия возлагаются на Потребителя. Таким доказательством может выступать заключение экспертизы качества медицинской помощи в рамках досудебных процедур или заключение судебно-медицинской экспертизы, выполненной уже в рамках гражданского судебного процесса, где объектом исследований будет медицинская документация Потребителя, результаты клинического осмотра и рентгенологических обследований.

**8. Гарантийные сроки и сроки службы**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Вид работы** | **Возможные недостатки**  **(поломки)** | **Гарантийный срок** | **Срок службы** |
| Постоянная пломба в постоянном зубе | разрушение краевого прилегания пломбы к зубу; изменения цвета материала по наружной границе пломбы; вторичный кариес из-за установки пломбы; утрата пломбировочного вещества из-за выпадения; пломба на грани выпадения; откол небольшого участка от коронки. | 1год | 1год |
| Временная пластмассовая коронка | поломка коронок | 7 дней | 7 дней |
| Искусственная коронка и мостовидный протез из металлокерамики | расцементирование протеза; поломка металлических каркасов; скол керамической облицовки | 1год | 1 год |
| Цельнолитая вкладка | расцементирование вкладки | 1 год | 1 год |
| Металлокерамическая коронка | расцементирование; скол фрагмента коронки | 1 год | 1 год |
| Частичный съемный и полный съемный пластиночный протез | поломка протеза, трещина; поломка кламмера | 1 год | 1 год |
| Съемный бюгельный протез с кламмерной системой фиксации. | поломка протеза, трещина, поломка кламмера; окклюзионные накладки | 1 год | 1 год |
| Починка протезов | поломка протеза, трещина | 1 месяц | 1 месяц |

Исполнитель: Пациент: \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Генеральный директор ООО «МЕДИАЛ»» подпись (Ф. И. О. полностью)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А.М. Ермолова дата: «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_\_\_ г.