***Договор на оказание платных медицинских услуг в ООО «Дента-Люкс»***

***г. Комсомольск-на-Амуре                         27.10.2022 года.***

*Общество с ограниченной ответственностью «Дента-Люкс» (далее ООО «Дента-Люкс»), зарегистрированное по адресу: 681022, тел 229601, 89142107070, Хабаровский край, гор. Комсомольск-на-Амуре, ул. Советская, д. 23, Инспекцией Министерства Российской Федерации по налогам и сборам по гор. Комсомольску-на-Амуре 16.09.2002 г., о чем свидетельствует свидетельство государственной регистрации юридического лица серии 27 № 000694144, которым Обществу присвоен ОГРН № 1022700515947, действующее на основании лицензии № ЛО 41-01189-27/00325814 от 01.08.2018 г., выданной Министерством здравоохранения Хабаровского края, гор. Хабаровск, ул. Петра Комарова, д. 6,тел.543733, дающей право на следующие виды деятельности: на оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: дезинфектологии, рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, стоматологии профилактической; на оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице директора Демышевой Натальи Владимировны, действующей на основании Устава, с одной стороны, и\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О., адрес, паспорт, номер телефона), именуемый в дальнейшем "Потребитель", с другой стороны, а вместе именуемые "Стороны", заключили настоящий договор о нижеследующем:*

***1. Предмет договора***

*1.1. По настоящему договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия Потребителя (законного представителя потребителя), обязуется оказать ему медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями,*  *предъявляемым к методам профилактики, диагностики и лечения, и разрешенным на территории РФ*, *установленными законодательством об охране здоровья РФ; в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Минздравом РФ; в соответствии с порядком оказания медицинской помощи, утверждаемой Минздравом РФ; на основе клинических рекомендаций; с учетом стандартов медицинской помощи в РФ (вся информация размещена на официальном сайте клиники Dentaluksdv),*  *а Потребитель обязуется оплатить данную помощь,*  *в соответствии с лицензией и прейскурантом Исполнителя, утвержденного директором ООО «Дента-Люкс».*

*1.2.* *Предоставление платных медицинских услуг производится по предварительной записи, осуществляемой по телефону 8 914 210 7070 или 8 (4217) 229601 непосредственно у администраторов Исполнителя. Срок ожидания услуги не более 14 дней. В оговоренное с «Потребителем» время, врач проводит консультацию «Потребителя», устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты лечения, предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения и подробно информирует об этом «Потребителя».*

*1.3. Медицинские услуги, оказываемые по настоящему договору, включают возможность допустимого вмешательства в состояние здоровья Потребителя ради санации имеющегося заболевания, предотвращения прогрессирования заболевания, снижение вреда от заболевания, и имеют вероятность проявления осложнений. Услуги оказываются в разовом (единовременном) порядке, либо в рамках продолжительного лечения с определёнными профилактическими, диагностическими и лечебными мероприятиями, осуществляемыми последовательно и необходимыми для достижения целей оказываемых услуг.*

*1.3.1. Потребитель предупрежден, о соблюдении рекомендаций врача, так как соблюдение всех рекомендаций врача влияет на качество оказываемого лечения (услуги) и на последующие сроки службы.*

*1.4. Необходимым условием исполнения договора является согласие «Потребителя» с предложенным планом лечения, оформленное его подписью. Стороны договорились, что такое согласие является также подтверждением того, что «Потребитель» достаточно и в доступной форме информирован о состоянии своего здоровья, о предполагаемых результатах лечения, о возможности объективных осложнений, связанных с особенностями течения заболевания и лечения, о характере и степени тяжести этих осложнений, о степени риска лечения, о существовании иных способов лечения и их эффективности, о последствиях отказа от предлагаемого лечения и является выражением добровольного информированного согласия «Потребителя» на предложенное медицинское вмешательство*

*1.5. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых по настоящему договору, определяется в* ***Счете-акте****, являющемся неотъемлемой частью настоящего договора. Медицинские услуги оказываются в соответствии с предварительным планом лечения, составленным лечащим врачом и фиксируемым в медицинской карте пациента. Согласие на лечение пациент подписывает перед оказанной услугой. Все согласия на лечение являются неотъемлемой частью договора на оказание платных медицинских услуг. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, планом лечения и Счет-актом, исполнитель обязан предупредить об этом потребителя (заказчика) и составить дополнительный план лечения. Без согласия потребителя (заказчика) исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе. Если в процессе оказания услуг возникла необходимость изменить план лечения с проведением дополнительных действий, то они выполняются с предварительного согласия «Потребителя» и с оформлением дополнительного соглашения или нового плана лечения. Отказ «Потребителя» от проведения дополнительных действий, связанных с медицинскими показаниями, оформляется письменно с разъяснением «Потребителю» последствий такого отказа.*

*1.6. 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, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".*

* 1. *Потребитель проинформирован, что медицинская организация*

*Исполнителя является частной коммерческой медицинской организацией. Стоимость услуг, предоставляемых Потребителю по настоящему договору, тарифицируется соответствующими разделами прейскуранта, действующего на момент их оплаты. Потребитель уведомлен о возможности получения медицинских услуг в рамках программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи и порядке её получения, в объеме, позволяющим принять осознанное решение о получении платных услуг по настоящему договору.*

*1.8. Срок действия договора до \_31.12.2027 г.*

*1.9. Исполнитель после исполнения настоящего договора выдает Потребителю, по его требованию, в течении 14 дней после поступления в письменном виде, медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг. Сроки ответа Исполнителя на претензию потребителя в письменном виде составляют 30 дней со дня получения такого запроса.*

*1.10. После окончания лечения составляется в двух экземплярах счет-акт, в котором отражается гарантийный срок на работу, наименование работы, стоимость услуги.*

*1.11. Оплата медицинских услуг производится Пациентом (Заказчиком) в полном объеме в порядке оплаты после оказания услуг путем наличных расчетов.*

*1.12.* *Стоимость лечения определяется в соответствии с клинической картиной и тарифицируются согласно действующему прейскуранту. Потребитель ознакомлен и согласен с тем, что указанная в плане лечения стоимость, - является действующей на момент составления плана, и в дальнейшем она может быть изменена Исполнителем в одностороннем порядке, в случае утверждения прейскуранта в новой редакции.*

*1.13. Если в ходе оказания медицинских услуг выявляется необходимость изменения согласованного сторонами объема лечения, то стоимость может быть скорректирована*

***2. Права и обязанности сторон***

*2.1. Исполнитель обязуется:*

*- предоставлять Потребителю медицинские услуги надлежащего качества в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациям и стандартами медицинской помощи;*

*- проводить профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;*

*- облегчать болезненные ощущения Потребителя, связанные с заболеванием, состоянием и (или) медицинским вмешательством, соответствующими методами и лекарственными препаратами;*

*- обеспечивать защиту сведений, составляющих врачебную тайну;*

*-обеспечивать надлежащий уровень квалификации медицинских работников;*

*- информировать Потребителя о порядке предоставления платных медицинских услуг и режиме работы Исполнителя;*

*- информировать Потребителя о предлагаемых методах профилактики, диагностики и лечения, возможности развития осложнений при оказании медицинских услуг;*

*- использовать медицинские изделия и лекарственные средства, разрешенные к применению в РФ;*

*- хранить медицинскую документацию Потребителя в соответствии с требованиями Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и сроками хранения, установленными законодательством РФ.*

*- Предоставить «Потребителю» полную и достоверную информацию:*

*- О состоянии полости рта.*

*- О противопоказаниях, возможных осложнениях и временном дискомфорте, которые могут возникнуть в процессе лечения и после в связи с его медицинской спецификой, анатомо-физиологическими особенностями челюстно-лицевой области «Потребителя», а так же общим состоянием его здоровья.*

*- Оказать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых пациенту платных медицинских услуг, качество которых должно соответствовать требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида. Информировать пациента о стоимости услуг(и) до ее (их) оказания. Назвать конкретную сумму, когда объем и характер работы очевидны, Или назвать предварительную сумму, когда объем работы можно определить только в процессе лечения.*

*- информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;*

*- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности, показаниях (противопоказаниях) к применению.*

*- Вести всю необходимую медицинскую документацию в установленном действующим законодательством порядке.*

*- Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, а также денежных средств, поступивших от Потребителя.*

*- Немедленно извещать Потребителя о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.*

*- Соблюдать правила медицинской этики и деонтологии во взаимоотношениях с пациентом, а также врачебную тайну*

*2.2. Исполнитель вправе:*

*- отказаться от исполнения настоящего договора в случае невыполнения Потребителем рекомендаций медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу.*

*- Вся информация об альтернативных медицинских услугах имеется на информационном Уголке потребителя и на официальном сайте клиники.*

*- самостоятельно определять график консультаций и лечебно-диагностических мероприятий.*

*- Отсрочить или отменить лечебное мероприятие, в том числе в день оказания услуг, в случае обнаружения у Пациента противопоказаний; по причине задержки лечащего врача при оказании услуг другим пациентам; болезни лечащего врача, а также, в случае аварий или несогласованного отключения систем электричества, отопления и водоснабжения; сбоя в работе оборудования и программного обеспечения Исполнителя, иных существенных причин.*

*- в случае непредвиденного отсутствия врача в день приема, назначить другого специалиста соответствующего профиля;*

*- Самостоятельно определять характер и объем лечения, манипуляций, необходимых для лечения пациента в рамках плана лечения.*

*- Отказать в приеме пациента в случаях, указанных в правилах внутреннего распорядка для пациентов, утвержденных в ООО «Дента-Люкс».*

*- В случае опоздания пациента на прием, принять пациента только при наличии свободного места.*

*- Приостановить исполнение настоящего договора или расторгнуть его, в случае нарушения обязательств по оплате.*

*- отсутствия у Исполнителя врачебных и/или временных ресурсов для оказания медицинской помощи в соответствии с определением КС РФ от 06.06.2002 № 115-О;*

*- если пациент, несмотря на своевременное и обоснование информирование Исполнителем, в разумный срок не устранит обстоятельства, которые могут снизить качество предоставляемых медицинских услуг (несоблюдение врачебных рекомендаций, ненадлежащее использование медицинских изделий и т.д.);*

*- отказа лечащего врача от наблюдения и лечения Пациента на время, необходимое для поиска другого врача Исполнителем;*

*- алкогольного, наркотического опьянения Пациента;*

*- некорректного поведения Пациента в отношении работников Исполнителя и/или пациентов;*

*- несвоевременной оплаты медицинских услуг.*

*- отступать от требований соблюдения врачебной тайны в части стоимости лечения при несовпадении Заказчика и Потребителя в одном лице и отсутствии у Заказчика правового статуса законного представителя Потребителя, а именно: передавать информацию об объеме и стоимости запланированного и проведенного лечения Заказчику по его требованию.*

*- вести аудио и видео запись приема и зоны рецепшена.*

*-согласовать с потребителем проведение оценки эстетического результата оказанных медицинских услуг на Врачебной комиссии (далее ВК клиники).*

*2.3. Потребитель обязуется:*

*- Оплатить своевременно стоимость услуг, указанных в Счете-Акте, являющемся неотъемлемой частью настоящего договора.*

*- потребитель уведомлен о необходимости соблюдения режима и правил поведения пациента в медицинской организации;*

*- Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения (аллергии, гепатит, СПИД, бронхиальная астма, заболевания сердечно-сосудистой системы, а также о переливаниях крови, инъекциях (за последние 2 года), контактах с инфицированными больными).*

*- при заключении договора и оформлении медицинской документации предъявлять документ, удостоверяющий личность, а в последующем своевременно информировать Исполнителя об изменении своих данных;*

*- сообщать врачам всю необходимую информацию, связанную с состоянием своего здоровьем;*

*- выполнять требования и рекомендации медицинских работников, обеспечивающих безопасность и качественное предоставление медицинской помощи;*

*- являться на прием в назначенное время, при невозможности явки заблаговременно (за 24 часа) сообщить об этом Исполнителю по телефону 8914 210 7070; 8 (4217) 229601*

*- удостоверять личной подписью формы информированного добровольного согласия на проведение лечения (отказа от медицинского вмешательства), показанного ему по состоянию здоровья, а также другие документы, связанные с оформлением услуг, оказываемых Исполнителем в рамках настоящего договора;*

*- по требованию врача удостоверять личной подписью в медицинской документации факты ознакомления с диагностикой и лечением, назначениями, рекомендациями, сроками и стоимостью оказания услуг, а также отсутствие претензий к результату лечения, в том числе к промежуточному;*

*- подписанием настоящего договора Пациент (Заказчик), в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона № 152-ФЗ “О персональных данных”, дает свое согласие на обработку персоналом Исполнителя своих персональных данных, включающих: пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны и адреса электронной почты, данные о состоянии своего здоровья и иные персональные данные в лечебно-диагностических целях, для установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, в целях уведомления об услугах и акциях по почте, электронной почте и сотовой связи посредством телефонных звонков, мессенджеров и СМС. В процессе оказания медицинской помощи Потребитель дает право Исполнителю передавать свои персональные данные, фотографии, рентгеновские снимки и сведения, составляющие врачебную тайну, третьим лицам в интересах своего обследования, лечения и оценки качества диагностики, лечения и профилактики. Срок хранения персональных данных соответствует срокам хранения медицинских и финансовых документов. Настоящее* *согласие действует бессрочно и может быть отозвано Потребителем в письменном виде.*

*- Ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору.*

*- Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения.*

*- Извещать Исполнителя о всех осложнения, возникших в процессе лечения.*

*2.4. Потребитель имеет право:*

*- Получать информацию об Исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах.*

*- На выбор врача, оказывающего необходимые медицинские услуги.*

*- по заявлению Потребителя бесплатно выдается выписка истории болезни, копия договора с приложениями.*

*- Вносить в добровольном порядке в кассу предприятия предоплату за медицинские услуги.*

*- Отказаться от исполнения настоящего договора в любой момент, при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов (ч.1ст.782 ГК, ст.32 Закона о защите прав потребителей). В каждом случае размер расходов , которая понесла клиника до отказа пациента от мед. услуг , рассчитывается в каждом случае индивидуально.*

*- Потребитель дает свободно, своей волей и в своем интересе согласие на обработку персональных данных, необходимых для исполнения настоящего договора, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов.*

*- Потребителя проинформировали о его праве получить бесплатную медицинскую помощь в ближайшей стоматологической поликлинике по адресу: Ленинградская 20, стоматологическая клиника №2.*

*- получать информацию о состоянии своего здоровья, ходе обследования и лечения, а также о связанных с ними риске и ожидаемых результатах; стоимости медицинских услуг;*

*- разрешить работникам Исполнителя предоставлять информацию о состоянии здоровья Пациента и/или стоимости лечения следующим лицам (Ф.И.О., контактный телефон):* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*3. Стоимость медицинских услуг и порядок расчетов*

*- Стоимость услуг, оказываемых по настоящему договору, определяется на основании Счет-акта по ценам, в соответствии с действующим Прейскурантом платных медицинских услуг, утвержденным Исполнителем .Стоимость услуг указывается в Счете-акте и в плане лечения ,который является неотъемлемой частью настоящего договора подписанный потребителем.*

*- Потребителю в соответствии с законодательством РФ, выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг.*

*- В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного договора на предоставление дополнительных медицинских услуг их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного договора.*

*- Потребитель осуществляет оплату медицинских услуг наличными денежными средствами в кассу Исполнителя после каждого визита, в соответствии с настоящим договором, Счетом-актом и прейскурантом.*

*- если в ходе оказания медицинских услуг выявляется необходимость оказания на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, Исполнитель вправе предоставить медицинские услуги на возмездной основе, если неоказание таких услуг будет сопряжено с причинением или угрозой причинения вреда жизни или здоровью Потребителя, а также если оказание таких услуг необходимо для достижения цели настоящего договора.*

*- В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится, либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Потребителя удерживается сумма за фактически оказанные услуги.*

*- В случае невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Потребителя, в том числе при нарушении им медицинских предписаний, оплата медицинских услуг осуществляется в полном объеме.*

*4. Сроки*

- *Настоящий договор вступает в силу с момента подписания его обеими сторонами и действует до момента исполнения сторонами обязательств.*

*-Сроки оказания услуг зависят от конкретного вида медицинской помощи. Исполнитель приступает к оказанию медицинских услуг по согласовании даты посещения Потребителя к Исполнителю. Продолжительность срока оказания медицинских услуг определяется исходя из медицинских показаний и согласовывается с Потребителем путем внесения записи в «план лечения», который является неотъемлемой частью данного договора.*

*-Срок оказания услуг продлевается на соответствующее количество дней в случаях:*

 *-временной приостановки лечения Пациентом (Заказчиком) на количество дней приостановки;*

*- необходимости замены лечащего врача или организации консультаций других специалистов;*

*- необходимости изменения плана и/или этапов лечения.*

*- При выявлении у Потребителя в результате диагностических мероприятий или в ходе лечения патологии, которая требует экстренного, неотложного или планового оперативного лечения в медицинских организациях другого профиля, онкопатологии, а также патологии, лечение которой невозможно вследствие современного уровня медицинской науки и/или индивидуальных особенностей организма Потребителя, окончательный срок договора и срок оказания услуг не может быть установлен и сторонами не устанавливается.*

*- Потребитель вправе отказаться от договора в любой момент при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных расходов. Отказ от договора не освобождает Потребителя от обязанности оплатить фактически оказанные услуги.*

*- Исполнитель вправе отказаться от договора в установленном законом порядке в случае нарушения Потребителем его существенных условий, под которыми стороны признают:*

*- невыполнение Потребителем обязательств по оплате услуг;*

*- несоблюдение Потребителем врачебных рекомендаций, ненадлежащие использование медицинских изделий или наличие иных обстоятельств по вине Потребителя, которые могут снизить качество предоставляемых медицинских услуг, несмотря на своевременное и обоснование информирование Исполнителем потребителя;*

*- при многократном (два и более раза) и (или) однократном грубом нарушении Потребителем локальных нормативных актов Исполнителя, регламентирующих порядок предоставления услуг;*

*- при систематическом некорректном отношении к работникам Исполнителя, пациентам.*

*- Исполнитель в письменной форме уведомляет Потребителя о том, что несоблюдение указаний и рекомендаций исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.*

*5. ГАРАНТИИ.*

- *Исполнитель гарантирует проведение медицинских манипуляций квалифицированными специалистами, применение оборудования, лекарственных средств и изделий медицинского назначения, разрешенных к использованию на территории РФ. Потребитель ознакомлен с положением о гарантиях, действующих в клинике исполнителя.*

 *Условиями соблюдения Потребителя гарантийных обязательств являются:*

*- выполнение Потребителем всех врачебных рекомендаций, профилактических мероприятий, назначенных Исполнителем и отраженных в медицинской карте.*

*- законченный план лечения, составленный в клинике Исполнителя*

*- отсутствие коррекции качественных результатов работ Исполнителя специалистами других медицинских организаций или самим Потребителем;*

 *- обращение Потребителя к Исполнителю при наличии жалоб на дискомфорт, или каких-либо нежелательных реакций, связанных с лечением; предоставлении Потребителем всей медицинской документации и результатов обследования из других медицинских организаций при обращении Потребителя за неотложной помощью.*

*- Гарантийные обязательства не сохраняются в случае выявления или возникновения в период гарантийного срока заболеваний внутренних органов и/или изменений физиологического состояния организма (беременность, длительный приём лекарственных средств, вредные внешние воздействия и проч.), которые не охватывались настоящим договором и не являлись предметом оказания услуг по нему.*

*- Гарантийные обязательства на эндодонтическое лечение не могут быть установлены, ввиду невозможности их установления, так как гарантийный срок может быть установлен только на материальный, овеществленный результат, сопровождающий стоматологическую услугу (пломба, коронка, вкладка, винир, протез). Эндолечение имеет большое количество вероятных, сопутствующих свойств (осложнений), которые объективно сопровождают лечение. Это означает, что наступление данных свойств и осложнений, может быть не связано с действиями врача, то есть врач сделал все от него зависящее, чтобы реализовать положительный прогноз, но он не наступил по причинам, которые не зависят от врача. То есть гарантийный срок на эндодонтическое лечение не может быть установлен, а может установлен прогноз успешности эндодонтического лечения.*

*- Гарантийные обязательства Исполнителя определяются в каждом случае индивидуально и зависят от клинической картины на момент обращения, в процессе лечения, приживления имплантата или трансплантата (если применимо), наличия или отсутствия сопутствующей патологии и осложнений, а также соблюдения Потребителем рекомендаций и посещение профилактических приемов в соответствии с планом посещения, указанных в карте пациента.*

*- Гарантийные сроки прекращают свое действие при условии, если Потребитель обращался за помощью или устранением недостатков в другие клиники в гарантийный период.*

*- Потребитель ознакомлен и согласен с условиями предоставления гарантии до подписания настоящего договора.*

*6. Ответственность сторон*

*- За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.*

*- Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.*

*- Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором и планом лечения, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье.*

*- Гарантия на лечение устанавливается лечащим врачом, в соответствии с действующим законодательством и положением о гарантии, утвержденным в ООО «Дента-Люкс»*

*- Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.*

*- Исполнитель уведомляет Потребителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (мед. Работника предоставляющего платную мед. Услугу), в том числе назначено режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной мед. услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состояния здоровья потребителя.*

*- Исполнитель с Потребителем согласовывает досудебный порядок рассмотрения жалоб и претензий на ВК клиники.*

#### - Стороны в договоре определили договорную подсудность - по месту нахождения Исполнителя.

*5. Конфиденциальность*

*5.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.*

*5.2. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).*

*6. Заключительные положения.*

*Порядок изменения и расторжения договора.*

*6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его заключения и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.*

*6.2. Потребитель вправе отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по настоящему договору.*

*6.3. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон.*

*6.4. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.*

*7. Реквизиты и подписи сторон*

*Исполнитель: Потребитель: прочитал, согласен, понял .*

*Директор ООО «Дента-Люкс» ФИО:*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Демышева Н.В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*.*

***Информированное согласие на размещение фотографий***

*Информационное добровольное согласие является неотъемлемой частью договора на оказание платных медицинских услуг.*

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

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Домашний адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Разрешаю разместить фотографические материалы, сделанные лечащим доктором, на Интернет-ресурсах и опубликовывать в стоматологических изданий.**

* **Фотографии зубного ряда**
* **Фотографии нижней половины лица**
* **Фотографии открытого лица**
* **Фотографии отдельностоящего зуба**
* **Фотографии лечебного процесса**

**Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 ***Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

 **Информированное добровольное согласие пациента на проведение местной анестезии**.

*Информационное добровольное согласие является неотъемлемой частью договора на оказание платных медицинских услуг.*

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

Дата рождения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тел\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Согласен(а) на проведение метода местной анестезии, доктором\_ **Демышевой Н.В; Овсовой Т.А; Казеко М.А; Демышевой Е.В** выбранного совместно с лечащим врачом.

Я обязан(а) ознакомить лечащего врача со своими сопутствующими заболеваниями, перечислить медикаменты, которые принимаю, предупредить врача о пищевых и лекарственных аллергических реакциях.

Мне разъяснено, что применение местной анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, обмороку, коллапсу, шоку, травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимся парестезиями, парезами, невритами, невралгиями и постинъекционными гематомами.

Приказ Мин. Здрав.и соцразвития РФ от23.04.2012 г №390 н.В ООО « Дента-Люкс» медицинским работником \_ **Демышевой Н.В; Овсовой Т.А; Казеко М.А; Демышевой Е.В,** мед.работником, в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказание мед. помощи, связанный с ними риск , возможные варианты мед. вмешательств, их последствия ,в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания мед. помощи.

Мне разъяснено я имею права отказаться от одного или нескольких видов мед. вмешательств, или потребовать его (их) прекращения, за исключения случаев, предусмотренных части 9ст.20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ». Сведение о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п.5 ч. з ст.19 ФЗ от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основных охраны здоровья граждан в РФ» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь. Информационное добровольное согласие является неотъемлемой частью договора на оказания платных медицинских услуг.

Прочитал, согласен, понял.

 Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись и ФИО потребителя:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись врача:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие пациента на рентгенологическое обследование**.

*Информационное добровольное согласие является неотъемлемой частью договора на оказание платных медицинских услуг.*

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

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

Дата рождения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тел:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Согласен (а) на проведение рентгенологического обследования, выбранного совместно с лечащим врачом\_ Демышевой Н.В; Овсовой Т.А; Казеко М.А; Демышевой Е.В; Мне разъяснено, что применение рентгенологического обследования поможет мне при лечении осложненного кариеса, а также выбрать правильную тактику лечения моему лечащему врачу. Данное обследование поможет мне контролировать и получить качественное лечение зубов. Приказ Мин. Здравоохранения и соцразвития РФ от23.04.2012 г №390 ООО «Дента-Люкс» медицинским работником \_ **Демышевой Н.В; Овсовой Т.А; Казеко М.А; Демышевой Е.В;** мед. работником, в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказание мед. помощи, связанный с ними риск , возможные варианты мед. вмешательств, их последствия ,в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания мед. помощи.

Мне разъяснено,что я имею право отказаться от одного или нескольких видов мед. вмешательств, или потребовать его (их) прекращения, за исключения случаев, предусмотренных части 9ст.20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ». Сведение о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п.5 ст.19 ФЗ от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основных охраны здоровья граждан в РФ» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь. Информационное добровольное согласие является неотъемлемой частью договора на оказание платных медицинских услуг.

Прочитал, согласен, понял.

ФИО:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись пациента:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись врача:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие пациента на снятие зубных отложений у/з аппаратом.**

*Информационное добровольное согласие является неотъемлемой частью договора на оказание платных медицинских услуг.*

Мне,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тел\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Доктор: Демышевой Н.В; Овсовой Т.А; Казеко М.А; Демышевой Е.В. сообщил, что мне показано снятие под десневых и над десневых отложений в полости рта. Мне разъяснили, и мне понятно, что после снятия з/отложений возможно:

 -выпадение пломб, повышенная чувствительность зубов на температурные и химические раздражители,

-выпадение зубов вследствие прогрессирования процесса

-периодические обострения заболевания, требующие дополнительного профилактического лечения

-возникновение неотложных состояний в процессе лечения (особенно хирургического), связанные с применением лекарственных средств, анестезии (обморок, коллапс, шок).

-ощущение дискомфорта, болезненности, возникновение реактивного отёка, воспаления, послеоперационного периода, ретракции десны (оголение шеек корней зубов). Я понимаю, что прием лекарственных средств без назначения, лечащего врача, а также алкоголь, наркотические средства, курение могут неблагоприятно отразиться на процессе заживления ,уменьшить вероятность успеха лечения.

 Я обязан ознакомить врача со своими сопутствующими заболеваниями,

перечислить медикаменты, которые я принимаю.

 Я даю согласие на рентгенологическое обследование до, во время и после лечения.

 Я согласен на проведение метода местной анестезии, выбранного совместно с врачом.

 Я обязуюсь в послеоперационный период, оговоренный с врачом, соблюдать режим и все рекомендации, озвученные доктором

(щадящая диета, гигиена полости рта, прием лекарственных средств).

 Я осознаю, что преимущества предлагаемого лечения значительно перевешивают возможные осложнения, поэтому я добровольно даю согласие на проведение лечения.

 Я получил исчерпывающую информацию по предполагаемому лечению и согласен с ним.

Приказ Мин. Здрав. и соцразвития РФ от23.04.2012 г №390 н. В ООО «Дента-Люкс» медицинским работником **Демышевой Н.В; Овсовой Т.А; Казеко М.А; Демышевой Е.В.** мед. работником, в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания мед. помощи, связанный с ними риск , возможные варианты мед. вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений , а также предполагаемые результаты оказания мед. помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов мед. вмешательств, или потребовать его (их) прекращения, за исключения случаев, предусмотренных части 9ст.20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ». Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п.5 ч.з ст.19 ФЗот 21.11.2011г. № 323-ФЗ « Об основных охраны здоровья граждан в РФ» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь. Информационное добровольное согласие является неотъемлемой частью договора на оказания платных медицинских услуг.

Прочитал, согласен, понял.

ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись потребителя:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач \_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Информированное добровольное согласие на лечение кариеса и иных болезней твердых тканей зубов****г. Комсомольск-на-Амуре, ООО «Дента-Люкс, Советская 23, Приложение к договору на оказание платных медицинских услуг в ООО «Дента-Люкс». Информационное добровольное согласие является неотъемлемой частью договора на оказание платных медицинских услуг.*

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

*Дата рождения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,*

*Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

настоящим подтверждаю, что в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме, проинформирован(а) о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Лечащим врачом\_******Демышевой Н.В; Овсовой Т.А; Казеко М.А; Демышева Е.В, мне разъяснено****,****что кариес****- это патологический процесс, развивающийся после прорезывания зубов и проявляющийся деминерализацией и размягчением твердых тканей зубов (эмали и дентина) с последующим образованием полости, а так же мне даны разъяснения о конкретной разновидности диагностированного у меня заболевания:****К02.0****Кариес эмали - на зубе произошло помутнение эмали, видимых разрушений нет, инструментальное обследование зондом не дало никаких признаков изменения структуры или на поверхности зуба появилась темная пигментация, при осмотре зуба зондом выявлено размягчение эмали****К02.1****Кариес дентина - поражены ткани эмали и дентина.****К02.2****Кариес цемента - почти полное разрушение зуб*

***К02.8*** *Другой кариес зубов

А так же иные болезни твердых тканей зубов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Я предупрежден(а) о том, что в случае отсутствия адекватного лечения возможно возникновение осложнения в виде новых заболеваний - пульпита и периодонтита. Врачом мне было разъяснено и понятно, что с учетом диагноза моего заболевания лечение кариеса будет включать в себя следующие этапы:*** *Анестезия, наложение раббердама (изоляция зуба от полости рта латексной завесой), очищение от некротизированного дентина и эмали с помощью сверления, формирование стенок и дна для оптимального наложения пломбы, обработка антисептиками,
наложение лечебной или изолирующей прокладки, наложение пломбы, пришлифовка пломбы к остальным зубам (по прикусу), чтобы она не мешалась при жевании, воссоздание вида здорового зуба, соблюдая все анатомические тонкости, полирование поверхности реставрации.****Я предупрежден****, что поражение зуба, которое кажется небольшим на поверхности эмали зуба, может оказаться значительным внутри. Это повлечет за собой большую площадь обработки зуба и, возможно, ненамеренное вскрытие полости зуба. В этом случае необходимо будет провести эндодонтическое лечение зуба (депульпирование), что приведет к увеличению стоимости лечения.****Альтернативными методами лечения является****:
Изготовление вкладки или накладки; установление коронки; удаление зуба или отсутствие лечения вообще.****Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях проведенного медицинского вмешательства:*** *Я понимаю, что практическая стоматология не является точной наукой. Гарантировать 100% положительный результат проведенного лечения (включая, лечение каналов, исправление прикуса и т.д.) не представляется возможным. Речь может идти о прогнозах и вероятностях, которые разнятся от пациента к пациенту. Я понимаю, что мое состояние может измениться во время или после стоматологического лечения. Даю свое согласие на изменения плана лечебных мероприятий и применение альтернативных методов лечения. Я разрешаю любые изменения дизайна, материалов и ухода, если они будут сделаны для моего блага, рецидивирующий, или вторичный, кариес (формирование кариозной полости рядом с пломбой); воспаление пульпы, выпадение пломбы, несоответствие пломбы цвету эмали, боли на температурные раздражители, постпломбировочные боли.
Я предупрежден(а) о невозможности предоставления гарантии, что этот зуб не будет повреждаться вторичным кариесом в будущем, даже при успешном завершении лечения.
Мне разъяснено, что симптомами большинства из перечисленных выше осложнений являются болевые ощущения в области пролеченного зуба и что при их появлении мне необходимо обратиться в клинику ООО «Дента-Люкс» для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений и проведения при необходимости повторного лечения.
Я имел возможность задать доктору все интересующие меня вопросы и получил удовлетворяющие меня ответы на них и на основании вышеизложенного, я добровольно и осознанно принимаю решение и даю добровольное информированное согласие на проведение в ООО «Дента-Люкс» означенного лечения.Приказ Мин. Здрав.и соцразвития РФ от23.04.2012 г №390 н. В ООО « Дента-Люкс» медицинским работником \_****\_ Демышевой Н.В; Овсовой Т.А; Казеко М.А; Демышева Н.В.*** *мед. работником, в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказание мед. помощи, связанный с ними риск , возможные варианты мед. вмешательств, их последствия , в том числе вероятность развития осложнений , а также предполагаемые результаты оказания мед. помощи.Мне разъяснено я имею права отказаться от одного или нескольких видов мед. вмешательств, или потребовать его (их) прекращения, за исключения случаев, предусмотренных части 9ст.20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ». Сведение о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п.5 ч.з ст.19 ФЗ от 21.11.2011г. № 323-ФЗ « Об основных охраны здоровья граждан в РФ» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь.* *Информационное добровольное согласие является неотъемлемой частью договора на оказание платных медицинских услуг.*

*Прочитал, согласен, понял. Врач:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***Согласие******на обработку персональных данных***

*Информационное добровольное согласие является неотъемлемой частью договора на оказание платных медицинских услуг.*

**Я,** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **,** дата рождения **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в рамках Договора от** 27.10.2022  **, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 года М152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в ООО «Дента-Люкс» (далее — Исполнитель) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактные телефоны, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Исполнителем мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Исполнителя, в интересах моего обследования и лечения. Предоставляю Исполнителю право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Исполнитель вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договорам ДМС, на оказание ПМУ). Исполнитель имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договорам ДМС, на оказание ПМУ) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара) и пять лет (для поликлиники). Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие дано мной с момента подписания данного Договора и действует бессрочно.**

**Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Исполнителю по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Исполнителя.**

**В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Исполнитель обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи**. Приказ Мин. Здрав. и соцразвития РФ от 23.04.2012 г №390 н. В ООО «Дента-Люкс» медицинским работником: **Демышевой Н.В; Овсовой Т.А; Казеко М.А; Демышевой Н.В.** мед. работником, в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказание мед. помощи, связанный с ними риск , возможные варианты мед. вмешательств, их последствия ,в том числе вероятность развития осложнений , а также предполагаемые результаты оказания мед. помощи. Мне разъяснено я имею права отказаться от одно или нескольких видов мед. вмешательств, или потребовать его (их) прекращения, за исключения случаев, предусмотренных части 9ст.20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323 – ФЗ « Об основах охраны здоровья граждан РФ». Сведение о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п.5 ч.з ст.19 ФЗ от 21.11.2011г. № 323-ФЗ « Об основных охраны здоровья граждан в РФ» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь. Информационное добровольное согласие является неотъемлемой частью договора на оказания платных медицинских услуг. Информационное добровольное согласие является неотъемлемой частью договора на оказания платных медицинских услуг.

**Адрес:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Контактный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Информированное добровольное согласие пациента на эндодонтическое лечение.***

**Я, (ФИО,адрес, телефон)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** , дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тел\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Уполномочиваю врача***: **Демышева Н.В; Овсова Т.А; Казеко М.А; Демышева Е.В** - провести эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов) зуба\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Этот документ содержит также необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (лась) с предлагаемым лечением и мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения. ***Доктор поставил мне следующий диагноз***:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

И указал на необходимость лечения корневых каналов этого зуба. Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, образование кисты, потеря зуба, системные проявления заболевания, тризм (ограниченное открывание рта), нарушение чувствительности. Альтернативными методами лечения являются : удаление пораженного зуба (зубов), отсутствие лечения как такового . Хотя, эндодонтическая терапия имеет высокий процент клинического успеха, я понимаю, что она является биологической процедурой и, поэтому, не может иметь стопроцентной гарантии на успех. Доктор понятно мне объяснил все возможные осложнения, которые могут произойти во время лечения корневых каналов, а именно: ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, возможно и больше, по поводу чего доктор назначит лекарственные препараты, если сочтет нужным. Отечность десны в области леченного зуба или лица после лечения, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше. В случае не достижения положительного результата, вследствие прогрессирования инфекционного процесса (очага) может потребоваться повторное лечение, хирургическое вмешательство в области верхушки корня или удаления зуба. Преждевременная утрата зуба вследствие прогрессирования заболевания парадонта. Выведение пломбировочного материала для корневого канала за верхушку корня. Также могут быть аллергические реакции на пломбировочный материал для корневых каналов.

1. Имеется определенный процент (5-10%) неудач эндодонтического лечения, что может потребовать: перелечивания корневых каналов в будущем, периапикальной хирургии и даже удаления зуба.
2. Во время лечения корневых каналов возможна поломка инструментов, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала, либо инструмент может перфорировать стенку корня. Поломанный инструмент в канале доктор может оставить или может потребоваться их хирургическое удаление. Хотя это происходит редко, тем не менее, такие осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтичекого лечения и могут повлечь за собой потерю зуба.
3. При лечении и перелечивании корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается, что связано:

- с невозможностью удалить старую корневую пломбу, либо металлический штифт из корневого канала;

- с сильной кальцификацией корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфораций, поломки инструментов). При лечении искривленных корневых каналов так же имеется более высокий процент поломки инструментов, перфораций и переломов корня. Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтической терапии;

- если возникает необходимость лечения корневых каналов зуба, покрытого одиночной коронкой, либо являющегося опорной несъемного или съемного протеза, то при создании доступа к корневым каналам данного зуба и его изоляции раббердамом может произойти повреждение ортопедической конструкции (например, перелом коронки), либо может возникнуть необходимость снятия всей ортопедической конструкции (при этом так же возможно ее необратимое повреждение). Так же при попытке снять ортопедическую конструкцию, может произойти перелом самого зуба, что может привести к его удалению;

- даже при успешном завершении эндодонтической терапии нельзя дать гарантии, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем.

Доктор так же объяснил мне необходимость обязательного восстановления зуба после проведения эндодонтического лечения; в противном случае последнее может потерпеть неудачу (что может стать причиной потери зуба, либо потребовать перелечивания даже при успешном завершении эндодонтической терапии нельзя дать гарантии, что тот зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем.

Доктор так же объяснил мне необходимость обязательного восстановления зуба после проведения эндодонтического лечения, в противном случае последнее может потерпеть неудачу (что может стать причиной потери зуба, либо потребовать перелечивания корневых каналов). Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества эндодонтического лечения в будущем и обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, обговоренному с доктором и записанному в историю болезни).

Я осведомлен о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков***. Я проинформировал(а) доктора*** : **Демышева Н.В; Овсова Т.А; Казеко М.А; Демышева Е.В**  обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что мне не были даны какие-либо гарантии или заверения. Я полагаю, что в моих интересах приступить к лечению корневых каналов.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я так же имел возможность задавать все интересующие меня вопросы.

Я внимательно ознакомился с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Настоящее приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Приказ Мин. Здрав. и соцразвития РФ от23.04.2012 г №390 н. В ООО «Дента-Люкс» медицинским работником **Демышева Н.В; Овсова Т.А; Казеко М.А; Демышева Е.В -** мед. работником, в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказание мед. помощи, связанный с ними риск , возможные варианты мед. вмешательств, их последствия ,в том числе вероятность развития осложнений , а также предполагаемые результаты оказания мед. помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одно или нескольких видов мед. вмешательств, или потребовать его (их) прекращения, за исключения случаев, предусмотренных части 9ст.20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ». Сведение о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п.5 ч.з ст.19 ФЗ от 21.11.2011г. № 323-ФЗ « Об основных охраны здоровья граждан в РФ» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь. Информационное добровольное согласие является неотъемлемой частью договора на оказания платных медицинских услуг.

 Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прочитал, согласен, понял.

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

Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_