

Я, Большова Светлана Игоревна даю свое согласие ООО «Новодент» на обработку персональных данных, содержащихся в документах, представленных для оказания платных медицинских услуг. Предоставляю право совершать все действия с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение с использованием и без использования средств автоматизации. Настоящее согласие действует бессрочно. Я оставляю свое право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес ООО «Новодент» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю ООО «Новодент».

Пациент: \_\_\_\_\_

Заполняется Исполнителем для внутреннего пользования

№ п/п	№ позиции прейскуранта	Количество	Цена	Сумма
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
Итого:				

Врач

Регистратор

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

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

## ДОГОВОР

### на оказание платных стоматологических услуг (хирургическое лечение)

#### ООО «Новодент»

(ОГРН 1177154003366, свидетельство выдано Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №9 по Тульской области, ИНН 7116153810/КПП 711601001)

301659, г.Новомосковск, ул.Кукунина, д.9-б, корпус 1, стр.2, п.18-19

Тел.: 3-02-20

г.Новомосковск

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

ООО «Новодент» (Лицензия №ЛО-71-01-001762 от 08.06.2017 г. выдана Министерством здравоохранения Тульской области, бланк серии 71 №001709 (300045, г.Тула, ул.Оборонная, 114-А, тел.: 8(4872) 37-75-07) в части заявленных работ (услуг):

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

- при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, стоматологии ортопедической;

- при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической

именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице лечащего врача \_\_\_\_\_ с одной стороны и \_\_\_\_\_ проживающего(ей) по адресу \_\_\_\_\_

именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент» с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

#### 2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Качественно и квалифицированно оказывать медицинские услуги.

2.1.2. Осуществлять осмотр Пациента для установления диагноза и плана лечения, отразив результаты обследования, план лечения и сроки его выполнения в карте Пациента, которая хранится у Исполнителя.

2.1.3. Информировать Пациента о возможных способах лечения, возможных осложнениях и рисках предстоящих медицинских процедур, а также о возможности наступления неблагоприятных последствий при невыполнении Пациентом указаний и рекомендаций специалистов (врачей) Исполнителя.

2.1.4. Поставить в известность Пациента о возникших обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказания услуг.

2.1.5. Соблюдать правила медицинской этики во взаимоотношениях с пациентом, а также хранить врачебную тайну.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Самостоятельно определять характер и объем лечения, манипуляции, необходимые для лечения Пациента в рамках плана лечения.

2.2.2. Требовать в Пациента сведения и документы (в случае предыдущего лечения в других лечебных учреждениях), необходимых для эффективного лечения.

2.2.3. Требовать оплату за оказанные услуги.

2.2.4. Отказаться в приеме Пациенту в случаях: нахождения Пациента в состоянии алкогольного, наркотического и токсического опьянения; если Пациент настаивает на проведении лечения, а Исполнитель аргументированно считает лечение нецелесообразным; систематические неявки Пациента на прием без предварительного уведомления.

2.3. Пациент обязуется:

2.3.1. Предоставлять Исполнителю полную информацию, касающуюся состояния своего здоровья.

2.3.2. Выполнять назначения и рекомендации специалистов (врачей) Исполнителя.

2.3.3. Своевременно оплачивать стоимость услуг Исполнителя.

2.3.4. В случае отказа от назначений и рекомендаций Исполнителя, давать соответствующую расписку об отказе от медицинского вмешательства.

2.3.5. Являться на лечение в установленное время, согласованное врачом.

2.3.6. Немедленно извещать Исполнителя о любых осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе лечения.

2.4. Пациент имеет право:

2.4.1. Получать информацию об объеме, стоимости, результатах предоставленных стоматологических услуг.

2.4.2. В доступной форме получать полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, а также о возможных и предлагаемых методах лечения, связанном с ними риске, их последствиях и ожидаемых результатах лечения. По письменному заявлению Пациента ему в десятидневный срок могут быть предоставлены копии медицинских документов.

2.4.3. Расторгнуть данный Договор, уведомив исполнителя в письменной форме и уплатив фактически понесенные Исполнителем расходы.

### 3. Стоимость и порядок оплаты услуг.

3.1. Цена услуг по настоящему договору состоит из суммы цен, указанных в прейскуранте, за каждую консультативную, диагностическую, лечебную услугу, формируемую на основании плана лечения. Подписанием настоящего договора Пациент подтверждает факт ознакомления с прейскурантом Исполнителя.

3.2. Оплата услуг, предоставляемых по данному договору, производится Пациентом в порядке предварительной оплаты, составляющей не менее 50% от общей суммы договора. Окончательная оплата осуществляется не позднее даты завершения лечения.

3.3. Общая сумма договора составляет \_\_\_\_\_ рублей.

### 4. Гарантийные обязательства

4.1. Исполнитель обязуется предоставлять гарантию на услуги в течении 1 (одного) года, объяснив Пациенту условия, при которых гарантийные обязательства сохраняются.

4.2. Гарантийные обязательства не сохраняются в случае выявления или возникновения у Пациента в период действия гарантийного срока заболевания внутренних органов, а также изменения физиологического состояния организма (беременность, длительный прием лекарственных препаратов при лечении других заболеваний, при возникновении новых заболеваний, вредные внешние воздействия), которые напрямую или косвенно приводят к изменению в зубах и окружающих их тканях.

### 5. Ответственность сторон

5.1. В случае, если Пациент не предоставил или предоставил не в полном объеме информацию, необходимую для качественного выполнения стоматологических услуг Исполнителем, Исполнитель не несет ответственность за наступление возможных осложнений.

5.2. Исполнитель не несет ответственность за осложнения, наступившие в результате несоблюдения Пациентом режима, установленного врачом, травм, полученных Пациентом при оказании Пациенту медицинских услуг другими клиниками.

5.3. Исполнитель не несет ответственность за возникшие осложнения в случае добровольного отказа Пациента от предоставляемых услуг, в том числе и в части, если данные осложнения явились последствием данного отказа.

### 6. Срок действия договора и заключительные положения

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и действует до полного выполнения сторонами принятых обязательств.

6.2. Все претензии и споры, возникшие по данному договору разрешаются сторонами путем переговоров.

6.3. Если спор не будет разрешен путем переговоров, то такой спор разрешается в соответствии с законодательством РФ.

Исполнитель: \_\_\_\_\_

Пациент: \_\_\_\_\_

ООО «Новодент»

Информированное добровольное согласие  
Пациента на хирургическое лечение

На основании ст.20 ФЗ РФ от 21.11.2011 г. №323 «Об  
основах охраны здоровья граждан»

Мне, (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_ 19\_\_ г.р.,

Врачом (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_

с моего согласия, подробно и в доступной для меня форме информирован(а) лечащим врачом о состоянии моего стоматологического здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии стоматологического заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения (терапевтического, медикаментозного, оперативного, ортопедического), связанном с ними риске, а также последствиях отказа от медицинского лечения. Мне разъяснено, что я должен (должна) поставить врачей в известность обо всех моих проблемах со здоровьем в прошлом и настоящем, обо всех острых и хронических заболеваниях, аллергических реакциях, индивидуальной непереносимости лекарств, а также о злоупотреблении алкогольными или наркотическими препаратами.

Я проинформирован(а) о необходимости хирургического вмешательства (удаление зубов и корней, хирургическое лечение десен, пластика уздечек, удаление костных и мягкотканых образований, хирургических разрезов и установке имплантата), получил(а) полную информацию обо всех возможных альтернативных методах и планах лечения (съёмное протезирование и другие). Я даю разрешение проводить необходимые лечебные мероприятия и использовать любого врача или ассистента, участие которого в моем лечении будет необходимо. Я получил(а) подробные объяснения по составленному и согласованному со мной плану лечения, по срокам лечения и его стоимости, предупрежден(а) о всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время и после хирургической операции, а также при проведении анестезии и при приеме лекарственных средств. Я проинформирован(а) врача о всех случаях аллергии к лекарственным и другим средствам в прошлом и в настоящее время. Я понимаю необходимость рентгенологического контроля до операции, после операции и во время проведения контрольных осмотров (внутриротовые рентгенограммы, панорамная и компьютерная томография). Я осознаю риск, связанный с анестезией, которая может вызвать нарушение сознания и дыхания, дисфункцию мышц, судороги, сердцебиение, коллапс, повышение АД, отек и воспаление в месте инъекции, отек Квинке, анафилактический шок, аллергию, крапивницу, кровотечение, гематому, некроз тканей, потерю чувствительности языка, губ, неба, кожи лица и шеи.

Мне были объяснены все возможные исходы хирургического лечения, а также возможный среднестатистический процент выздоровления (восстановления) – 90-95%. Я осознаю, что врачи не могут полностью гарантировать результат. и данная операция имеет определенную степень риска. Я понимаю, что мои ожидания могут не совпадать с итоговым результатом лечения.

Я согласен(на) на использование при необходимости шовных и перевязочных материалов, коснозамещающих остеопластических материалов, винтов, пинов и мембран любого вида на усмотрение лечащего врача в момент и после операции. Я согласен(на), что во время обследования и операции ситуация может измениться, и доверяю врачу действовать согласно его решения в угоду моему здоровью и лучшему результату. Я добровольно принимаю на себя обязанность следовать рекомендациям и предписаниям лечащего врача, регулярно принимать назначенные препараты, являться на контрольные осмотры, соблюдать гигиену полости рта. Я обязуюсь немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом приём любых не прописанных препаратов (например, от головной боли, от гриппа и т.д.). Я понимаю, что после операции могут возникнуть болевые ощущения, припухлость мягких тканей, повышение температуры тела, возможно онемение губы, подбородка, языка, аллергические реакции, явления гайморита, ограничение открывания рта и т.д.

Я понимаю риск возможных осложнений, что возможно неприживление (отторжение) имплантата или увеличение продолжительности процесса заживления по сравнению с обычным сроком (более 4-6 месяцев), некротические изменения в кости, воспаление десны, гайморит, кровотечение, возможные деформации, онемение или зуд языка, губ, зубов, тканей (парестезия), перелом челюсти, реакции на медикаменты до, во время и после хирургического вмешательства. Я понимаю необходимость обязательного восстановления зубных рядов протезами в оговоренные сроки. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы касательно моего заболевания и его лечения и получил(а) на них полные и понятные ответы.

Я соглашаюсь провести хирургическую операцию по удалению зуба, кисты, корня, пластику десен, вживлению дентального(ных) имплантата(ов), а также любые необходимые для этого манипуляции (синус-лифтинг, расщепление гребня, костная пластика, пересадка костных блоков и т.п. согласно плану лечения и решению врача).

Я подтверждаю, что лично прочитал документ и сознательно даю согласие на вышеоговоренное стоматологическое лечение, и что все связанные с ним объяснения были сделаны.

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

## **Добровольное информированное согласие пациента на проведение стоматологического хирургического вмешательства и установку дентальных имплантатов.**

Этот документ не является договором, не предусматривает никаких обязательств, не снимает ответственности с персонала клиники, является уведомительным и подписывается в соответствии с законом «Об охране здоровья граждан»

Я, \_\_\_\_\_, (Ф.И.О. пациента, число, месяц, год рождения)

с моего согласия, подробно и в доступной для меня форме информирован(а) лечащим врачом о состоянии моего стоматологического здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии стоматологического заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения (терапевтического, медикаментозного, оперативного, ортопедического), связанном с ними риске, а также последствиях отказа от медицинского лечения. Мне разъяснено, что я должен (должна) поставить врачей в известность обо всех моих проблемах со здоровьем в прошлом и настоящем, обо всех острых и хронических заболеваниях, аллергических реакциях, индивидуальной непереносимости лекарств, а также о злоупотреблении алкогольными или наркотическими препаратами.

Я проинформирован(а) о необходимости хирургического вмешательства (удаление зубов и корней, хирургическое лечение десен, пластика уздечек, удаление костных и мягкотканых образований, хирургических разрезов и установке имплантата), получил(а) полную информацию обо всех возможных альтернативных методах и планах лечения (съёмное протезирование и другие). Я даю разрешение проводить необходимые лечебные мероприятия и использовать любого врача или ассистента, участие которого в моем лечении будет необходимо. Я получил(а) подробные объяснения по составленному и согласованному со мной плану лечения, по срокам лечения и его стоимости, предупрежден(а) о всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время и после хирургической операции, а также при проведении анестезии и при приеме лекарственных средств. Я проинформировал(а) врача о всех случаях аллергии к лекарственным и другим средствам в прошлом и в настоящее время. Я понимаю необходимость рентгенологического контроля до операции, после операции и во время проведения контрольных осмотров (внутриротовые рентгенограммы, панорамная и компьютерная томография). Я осознаю риск, связанный с анестезией, которая может вызвать нарушение сознания и дыхания, дисфункцию мышц, судороги, сердцебиение, коллапс, повышение АД, отек и воспаление в месте инъекции, отек Квинке, анафилактический шок, аллергию, крапивницу, кровотечение, гематому, некроз тканей, потерю чувствительности языка, губ, неба, кожи лица и шеи.

Мне были объяснены все возможные исходы хирургического лечения, а также возможный среднестатистический процент выздоровления (восстановления) – 90-95%. Я осознаю, что врачи не могут полностью гарантировать результат. и данная операция имеет определенную степень риска. Я понимаю, что мои ожидания могут не совпадать с итоговым результатом лечения.

Я согласен(на) на использование при необходимости шовных и перевязочных материалов, коснозамещающих остеопластических материалов, винтов, пинов и мембран любого вида на усмотрение лечащего врача в момент и после операции. Я согласен(на), что во время обследования и операции ситуация может измениться, и доверяю врачу действовать согласно его решения в угоду моему здоровью и лучшему результату. Я добровольно принимаю на себя обязанность следовать рекомендациям и предписаниям лечащего врача, регулярно принимать назначенные препараты, являться на контрольные осмотры, соблюдать гигиену полости рта. Я обязуюсь немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывая с врачом приём любых не прописанных препаратов (например, от головной боли, от гриппа и т.д.). Я понимаю, что после операции могут возникнуть болевые ощущения, припухлость мягких тканей, повышение температуры тела, возможно онемение губы, подбородка, языка, аллергические реакции, явления гайморита, ограничение открывания рта и т.д.

Я понимаю риск возможных осложнений, что возможно неприживание (отторжение) имплантата или увеличение продолжительности процесса заживления по сравнению с обычным сроком (более 4-6 месяцев), некротические изменения в кости, воспаление десны, гайморит, кровотечение, возможные деформации, онемение или зуд языка, губ, зубов, тканей (парестезия), перелом челюсти, реакции на медикаменты до, во время и после хирургического вмешательства. Я понимаю необходимость обязательного восстановления зубных рядов протезами в оговоренные сроки. Я осознаю ответственность за сохранение своего здоровья и обязуюсь соблюдать правила личной гигиены полости рта, согласен(на) являться на профилактические осмотры 1 раз в 3 месяца для ревизии состояния имплантатов и десны, а также для проведения профессиональной гигиены в сроки, назначенные врачом. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы касательно моего заболевания и его лечения и получил(а) на них полные и понятные ответы.

Я соглашаюсь провести хирургическую операцию по удалению зуба, кисты, корней, пластику десен, вживлению дентального(ных) имплантата(ов), а также любые необходимые для этого манипуляции (синус-лифтинг, расщепление гребня, костная пластика, пересадка костных блоков и т.п. согласно плану лечения и решению врача).

Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ЛИЧНО ПРОЧИТАЛ ДОКУМЕНТ И СОЗНАТЕЛЬНО ДАЮ СОГЛАСИЕ НА ВЫШЕОГОВОРЕННОЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ, И ЧТО ВСЕ СВЯЗАННЫЕ С НИМ ОБЪЯСНЕНИЯ БЫЛИ СДЕЛАНЫ.

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_ г.

Примечание: при приеме детей до 18 лет обязательно подписывается родителем (опекуном) или сопровождающим лицом.