

Стоматология «ДЕНТ-РЕАЛ»

Анкета пациента

Личные данные:

Иванов

Иванов

Иванович

Дата рождения «1» января 1980

Контактный номер телефона: +7(900)000-00-00

email: _____

Ответьте, пожалуйста, на несколько вопросов:

Как Вы узнали о нашей клинике: _____

Если Вы узнали из интернета, уточните источник: Prodoctorov.ru

Вконтакте

Карты (Google, Яндекс)

2Gis

Zoon.ru

Yell.ru

Сайт Дент-Реал, Дент-Реал Плюс

Instagram

Каким способом Вы хотели бы получать о нас информацию? **sms e-mail**

Телефон и e-mail будут использоваться для отправления оповещений об акциях, новостях, скидках.

Вся информация является конфиденциальной.

Ф.И.О. (подпись)_____

Договор на оказание платных медицинских услуг № б/н

г. Краснодар

Медицинская организация - Общество с ограниченной ответственностью «Дент-Реал» (ОГРН 1052303693310, ИНН 2308110000 свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ серия 23 № 007316933, выданное Инспекцией Федеральной налоговой службы России № 1 по г. Краснодару от 03.11.2009 г.), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Ерохиной Е.В. действующей на основании Устава, с одной стороны, и, именуемый в дальнейшем «Заказчик», Петров Пётр Петрович с другой стороны, именуемые при совместном упоминании «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Определения

1.1. Если иное не установлено в настоящем Договоре, определения, используемые в настоящем Договоре, будут иметь значения, как указано ниже:

«платные медицинские услуги» - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании настоящего Договора, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;

«заказчик» - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с настоящим Договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

«исполнитель» - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги Заказчикам;

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

«медицинский работник» - физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности, которого входит осуществление медицинской деятельности, либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность.

2. Предмет Договора

2.1. По настоящему Договору Исполнитель, медицинский работник _____

предоставляет Заказчику медицинские услуги по своему профилю деятельности в соответствии с выданной лицензией на осуществление медицинской деятельности (лицензией серия № ЛО-23-01-010581 от 03.10.2016 г. (срок действия - бессрочно), выданной Министерством здравоохранения Краснодарского края, по адресу: 350000, г. Краснодар, ул. Коммунаров, 276, телефон: 8-800-200-03-66, согласно Прейскуранту цен на медицинские услуги (далее – Прейскурант), утвержденным в установленном порядке, а Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги.

2.1.1. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Заказчика (законного представителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, в случае, если такое согласие требуется в соответствии с действующим законодательством.

2.1.2. Перечень медицинских услуг, оказываемых Заказчику в соответствии с настоящим Договором, определяется в Приложении № 3 (План лечения-расчетный лист), которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.1.3. Объем оказываемых Исполнителем медицинских услуг по просьбе Заказчика может быть как увеличен, так и уменьшен. Данные изменения вносятся в Приложение № 3 (план лечения – расчетный лист).

2.2. Заказчик подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

- ознакомил Заказчика с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012 г. №1006);

- ознакомил его с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;

- уведомил Заказчика 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 её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья

Заказчика, что отражается в Приложении №4, которое является неотъемлемой частью настоящего договора. Так же уведомил Заказчика о том, что в случае неправильного использования полученных результатов работ, в результате которого наступили негативные последствия, Исполнитель освобождается от любых гарантийных обязательств перед Заказчиком.

2.3. Подписав настоящий Договор, Заказчик подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

2.4. Срок предоставления медицинских услуг по договору с «23» октября 2024 по «____» _____ 20____ г, однако данный срок может быть как увеличен, так и уменьшен. В любом случае должен быть разумным, обусловленный объемом, видами лечения, спецификой организма Заказчика.

2.4.1. В случае изменения срока оказания медицинских услуг, Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора.

3. Права и обязанности Сторон

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказать Заказчику платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых Заказчику платных медицинских услуг, согласно п. 2 настоящего Договора, плана лечения- расчетного листа.

3.1.2. Оказывать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, высококачественных инструментов, технологий, материалов, в полном объеме в соответствии с настоящим Договором.

3.1.3. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.

3.1.4. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством РФ порядке.

3.1.5. Немедленно извещать Заказчика о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению объема оказываемых медицинских услуг, что оформляется дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

3.1.6. Предоставить Заказчику полную и достоверную информацию о состоянии здоровья полости рта.

3.1.7. Гарантировать Заказчику соблюдение врачебной тайны и конфиденциальности.

3.1.8. В случае необходимости обеспечить проведение консультаций, консилиумов, как по медицинским показаниям, так и по желанию Заказчика.

3.1.9. Составить рекомендуемый и обоснованный план лечения (при обращении за лечением).

3.1.10. Обеспечить эпидемиологическую безопасность лечения.

3.1.11. Обеспечить проведение бесплатных профилактических осмотров с целью определения состояния пломб, ортопедических и ортодонтических конструкций, уровня гигиены полости рта.

3.1.12. Исполнитель имеет право в случае необходимости самостоятельно определять объем исследования, манипуляций, оперативных вмешательств необходимых для исследования, установление диагноза и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной настоящим Договором (по согласованию с Заказчиком).

3.1.13. Предоставить гарантию на оказанные медицинские услуги, сроки которой указать в Приложении №1 к Договору. Сроком исчисления начала течения гарантийного срока считается дата передачи выполненных медицинских услуг по Договору Заказчику актом об оказании платных медицинских услуг.

3.1.14. Исполнитель имеет право размещать на сайте клиники фото выполняемых работ (без указания личных данных).

3.1.15. Исполнитель вправе привлекать для выполнения работ по настоящему договору третьих лиц, при этом соблюдая условия настоящего договора о коммерческой тайне (конфиденциальной информации), по согласованию с Заказчиком.

3.1.16. Согласовать с Заказчиком стоимость услуг до их оказания, а именно назвать конкретную сумму, когда объем и характер работ очевиден, либо назвать предварительную сумму, когда объем и характер работ можно определить только в процессе лечения.

3.2. Заказчик обязуется:

3.2.1. Предоставить Исполнителю в письменном виде до оказания медицинских услуг (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения или получения медицинских услуг. Данная информация отражается в Приложении № 2, которое является неотъемлемой частью Договора.

3.2.2. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору.

3.2.3. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников, оказывающих медицинские услуги по настоящему Договору, на всех этапах лечения и по его завершению.

3.2.4. Явиться в назначенный врачом срок для профилактического осмотра, в случае невыполнения данного условия Договора, гарантийные обязательства Исполнителя перед Заказчиком утрачивают свою силу.

3.2.5. Обязуется, по каждому конкретному виду лечения ознакомиться с разъяснениями по такому лечению, и в случае если он согласен на оказание таких платных медицинских услуг, оформить свое добровольное согласие на проведение такого лечения, которое является неотъемлемой частью договора. Приложение №5, №6 (добровольно информированное согласие)

3.2.6. По окончании лечения, при отсутствии замечаний по оказанным медицинским услугам, обязан подписать акт об оказании платных медицинских услуг (Приложение № 8, 9). В случае одностороннего отказа от подписания акта, оказанные услуги считаются выполненными в полном объеме, в срок, без каких-либо замечаний.

3.2.7. В случае выявления недостатков в оказанных медицинских услугах обязан незамедлительно обратиться к Исполнителю. В случае самолечения и оказания медицинских услуг сторонними лицами, учреждениями, организациями претензии к Исполнителю не принимаются, гарантийные обязательства Исполнителя перед Заказчиком утрачивают свою силу.

3.2.8. При предоставлении медицинских услуг сообщать Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) о любых изменениях самочувствия.

3.2.9. Отказаться на весь период предоставления медицинских услуг по настоящему Договору, от употребления наркотических средств и лекарств, их содержащих, психотропных препаратов, алкогольсодержащих напитков.

3.2.10. Не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с Исполнителем (медицинским работником, предоставляющим платные медицинские услуги) употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав и т. д.

3.2.11. Соблюдать график приема медицинских работников, предоставляющих медицинские услуги по настоящему Договору.

3.2.12. Соблюдать внутренний режим нахождения в медицинской организации, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

4. Цена и порядок оплаты услуг

4.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Заказчику согласно подп. 2.1. настоящего Договора, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом цен (тарифов) платных медицинских услуг, и составляет _____ рублей _____ коп. _____ (прописью)

4.2. Стоимость медицинских услуг по настоящему Договору определяется по Прейскуранту цен (тарифов) платных медицинских услуг, действующему на момент заключения настоящего Договора, и остается неизменной в течение всего срока действия настоящего Договора.

4.2.1. 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.

4.3. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения, [стоимость услуг может быть изменена](#) Исполнителем с согласия Заказчика с учетом уточненного диагноза, путем внесения изменений в план лечения-расчетный лист, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора. Без согласия Заказчика, Исполнитель не имеет права предоставлять дополнительные платные медицинские услуги по настоящему Договору.

4.4. Оплата по настоящему Договору осуществляется после каждого приема при оказании услуг.

4.5. Оплата медицинских услуг Заказчиком осуществляется наличными денежными средствами, безналичным путем, Исполнителю.

4.6. Оплата услуг производится администратору-кассиру или безналичным путем через платежный терминал. В случае если оплата произведена лично лечащему врачу, услуги по договору не оказываются, денежные средства Заказчику не возвращаются. Исполнитель ответственности перед Заказчиком не несет.

5. Ответственность сторон

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

5.2. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Заказчиком неполной либо недостоверной информации о своем здоровье.

5.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Заказчиком условий настоящего Договора.

5.4. Установлен обязательный претензионный порядок рассмотрения спора. Срок рассмотрения претензий - 1 (один) месяц.

5.5. В случае обращения в суд по поводу качества оказанных медицинских услуг стороны договорились о том, что предварительно спор рассматривается директором клиники, а при необходимости - экспертной комиссией из числа ведущих специалистов клиники или экспертами территориальных организаций Стоматологической ассоциации РФ (в установленном порядке).

6. Порядок изменения и расторжения Договора

6.1. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями Сторон.

6.2. Настоящий Договор расторгается в случае отказа Заказчика после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. Отказ Заказчика от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю. Исполнитель информирует Заказчика о расторжении настоящего Договора по инициативе Заказчика, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

7. Заключительные положения

7.1. Договор на оказание медицинских услуг заключён в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

8. Юридические адреса и банковские реквизиты Сторон

Исполнитель:		Заказчик:
ООО «Дент-Реал»		Петров Пётр Петрович
Юридический адрес: 350000, г. Краснодар, Тургенева 145		00000
Фактический адрес: 350000, г. Краснодар, Тургенева 145		000000 ,
ИНН 2308110000 КПП 230801001		от «1» января 2020
ОГРН 1052303693310, БИК 040349700		ГУ УУ РФ
ФИЛИАЛ "ЮЖНЫЙ" ОАО "УРАЛСИБ"		(паспортные данные: серия, номер, кем выдан, дата)
р/с 40702810300110006305; к/с 30101810400000000713		(адрес регистрации)

		(подпись)

		(копию договора получил)

Согласие на обработку персональных данных

Я, Иванов Иванов Иванович, дата рождения: «1» января 1980, проживающий (ая) по адресу: Московская область, г. Москва, ул.Ставропольская 1, кв.1 в соответствии с требованиями части 4 статьи 9 Федерального закона от 27.02.06 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Дент-Реал», расположенного по адресу: 350049, Краснодарский край, г. Краснодар, ул. Тургенева, дом № 145, помещение 1,1/1,3,4,7-9 (далее – Оператор) моих персональных данных/персональных данных представляемого мною лица, включающих: фамилию, имя и отчество; адрес проживания, регистрации; год, месяц, дата и место рождения; паспортные данные; реквизиты полисов ОМС, ДМС; пол; контактная информация; биометрические персональные данные; данные о состоянии 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 (далее – Персональные данные).

Данная информация необходима для обработки следующими способами: с использованием средств автоматизации, а также без использования таких средств и подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую своей волей и в своих интересах/в интересах представляемого мною лица.

Согласие дается мною для целей: ведения и хранения амбулаторных карт и бланков обследований пациентов; ведение журналов; осуществления обязательств по договору ДМС, ОМС; и распространяется на следующую информацию: ФИО; паспортные данные; место рождения; дата рождения; инвалидность; адрес; номер телефона; диагноз (основной, сопутствующий); жалобы больного; история настоящего заболевания; перенесенные заболевания; вредные привычки; наследственность; беременность; общее состояние; объективные данные (рост, масса тела, телосложение, кожные покровы и др.); сердечно-сосудистая система; органы дыхания; органы пищеварения; органы опоры и движения; нервная система; эндокринная система; предварительный диагноз; назначение врача; медикаменты; итоги лечения; стоимость полученных услуг.

Настоящее согласие дается для целей обработки моей заявки и также дальнейшего заключения и исполнения договоров, заключенных между мною и Оператором и осуществления Оператором функций по обслуживанию заключенных со мной договоров (в том числе для телефонных переговоров и получения сообщений от работников Оператора по услугам в медицинской деятельности). Настоящее согласие дается до полного исполнения мною своих обязательств по договорам, заключенным с Оператором, а также в течение 1 год с даты прекращения действия Договора. По истечении указанного срока действие согласия считается продленным на каждый следующий год при отсутствии сведений о его отзыве.

От передачи любых сведений в систему ЕГИСЗ отказываюсь.

Согласие может быть отозвано досрочно только после полного исполнения обязанностей по договорам, заключенным с Оператором, путем направления соответствующего письменного уведомления Оператору и его получения последним.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление действий в отношении моих персональных данных/представляемого мною лица, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение. А также осуществление иных действий с моим персональными данными с учетом действующего законодательства Российской Федерации.

В случае неправомерного использования предоставленных мною персональных данных согласие отзывается моим письменным заявлением.

Данное согласие действует с:

(подпись) Петров Пётр Петрович

«23» октября 2024

ГАРАНТИЙНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА

Общество с ограниченной ответственностью «Дент-Реал », именуемое в дальнейшем Исполнитель в лице директора Ерохиной Е.В., действующей на основании Устава, лицензии № ЛО-23-01-010581 от 03.10.2016 г. несет гарантийные обязательства перед Заказчиком Петров Пётр Петрович на следующих условиях:

Исполнитель устанавливает следующие гарантийные сроки:

- на пломбы и реставрации коронковой части зуба фотополимерным материалов – семь месяцев;
- при использовании химического композита – три месяца;
- на бюгельные металлокерамические, цельнолитые, ортопедические конструкции один год.

В течении вышеуказанных сроков, Исполнитель обязуется безвозмездно устранять недостатки (дефекты пломб, протезов, ортодонтических аппаратов), наступившие по вине Исполнителя.

Перебазировка съемных протезов, замена матрицы замкового крепления. пришлифовка и полировка ранее установленных пломб не является дефектами и оплачиваются Пациентом. При проведении специализированных видов лечения (эндодонтическое лечение, ортопедическое лечение, ортодонтическое лечение) обязательно информировать Пациента на проведение необходимого лечения.

Исполнитель осуществляет гарантийные обязательства только при прохождении Пациентом обязательных профилактических осмотров с частотой определяемой лечащим врачом, но не реже одного раза в полугодие.

При предоставлении гарантии на лечении клиника гарантирует качество медицинских манипуляций и не гарантирует отсутствие в дальнейшем обострений и рецидивов хронических процессов, так как это связано с индивидуальными особенностями организма.

Исполнитель не несет обязательств, в следующих случаях:

1. Неявка Пациента на обязательный профилактический осмотр.
2. Несоблюдение Пациентом требований гигиены по уходу за полостью рта и других рекомендаций лечащего врача.
3. При развитии или проявлении в период действия гарантии у пациента заболеваний или физических состояний, способных негативно повлиять, на достигнутые в ходе лечения результаты.
4. При обращении Пациента в другие клиники для лечения (в период лечения), или коррекции результатов лечения (в течении гарантийного срока) по поводу одних и тех же заболеваний. Затраты, понесенные при этом Пациентом в другой клинике не компенсируются.
5. При негативном воздействии на результаты лечения форс-мажорных обстоятельствах (авария, удар, стихийные бедствия и т.д.) а так же при неадекватной функциональной нагрузке (воздействия камней, металлических предметов и т.д.)
7. При изготовлении ортопедических конструкций с использованием в качестве опорных зубов ранее подготовленных к протезированию в других клиниках.
8. Гарантия не устанавливается на цвет пломб в эстетических реставрациях, так как изменение цвета обусловлено наличием в пище красителей, а так же вредными привычками (чай, кофе, красное вино, курение и т.д.)

Кроме того, не устанавливается гарантия в некоторых случаях, обусловленных физиологическим состоянием организма:

1. При умышленном или неумышленном сокрытии от Исполнителя физиологических состояний или заболеваний, способных негативно отразиться на результатах лечения.
2. При проведении лечения по настоянию пациента. независимо от рекомендаций лечащего врача.
3. При проведении лечения и протезирования зубов, ранее пролеченных с использованием метода резорцин - формалиновой импрегнации (розовые зубы).
4. При неявках Пациента на прием по собственной инициативе. Повлекшее недопустимое увеличение сроков лечения.

Данные «Условия Гарантии» является неотъемлемой частью Договора на обследование и лечение в стоматологической клинике ООО «Дент-Реал». Исполнитель и Пациент считают такое утверждение правомерным и полностью осознают ответственность за соблюдение условий гарантий.

Исполнитель: _____

(Ф.И.О.)

(Подпись)

Заказчик: Петров Пётр Петрович

ОБЯЗАТЕЛЬСТВО ПАЦИЕНТА НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПОЛНОЙ И ДОСТОВЕРНОЙ ИНФОРМАЦИИ

Я, Иванов Иванов Иванович

Проживающий(ая) по адресу: Московская область, г. Москва, ул.Ставропольская 1, кв.1

Зарегистрированный(ая) по адресу: _____

информирую своего лечащего врача о том, что:

Необходимо ответить на вопросы:

1. Проходите ли Вы курс лечения какими-либо лекарственными препаратами в настоящее время?

Если да, то какими _____ да нет

2. Есть ли у Вас аллергические реакции (появление пятен, опухание рук ног и т.д.) на антибиотики, болеутоляющие препараты, местные анестетики и другие лекарства?

Если да, то какими _____ да нет

3. Были ли у Вас когда-либо продолжительные кровотечения, требующие специального лечения?

Если да, то какие _____ да нет

Обведите заболевания, по поводу которых Вы лечитесь или лечились ранее:

Заболевания сердца	Астма	Спид
Врожденный порок сердца	Химиотерапия (рак, лейкемия)	Гепатит А В С
Искусственный клапан сердца	Артрит	Заболевания печени
Сердечный кардиостимулятор	Ревматизм	Наркомания
Хирургические операции на сердце	Аллергические состояния	Гемофилия
Анемия	Глаукома	Эпилепсия
Инсульт	Плохая свертываемость крови	Обморок или головокружение
Почечная недостаточность	Диабет	Психические заболевания
Язва желудка и 12 перстной кишки	Заболевания щитовидной железы	Герпес
Эмфизема легких	Заболевания височно-	Венерические заболевания
Туберкулез	Нижнечелюстных суставов	

4. Вы выпиваете более двух таблеток снотворного? _____ да нет

5. Вы просыпаетесь ночью из-за недостатка дыхания? _____ да нет

6. Вы находитесь на специальной диете? _____ да нет

7. Наблюдались ли у Вас при предыдущем стоматологическом лечении аллергические реакции и продолжительные кровотечения или другие осложнения во время или после лечения?

Если да, то какие _____ да нет

8. Имеются ли у Вас неуказанные проблемы со здоровьем если да, то какие? _____ да нет

9. Ваше рабочее (нормальное) артериальное давление _____

Дополнительная информация для женщин:

Беременность или кормление грудью _____ (срок беременности) _____

Насколько мне известно, я верно ответил (а) на все вопросы. В случае каких-либо изменений в состоянии здоровья или медикаментозного курса, я информирую об этом лечащего врача. Я разрешаю доктору делать фотографии, связанные с моим состоянием и лечебным процедурам и использовать их для научных и образовательных целей.

«23» октября 2024

Подпись _____

ПОЛНОТУ И ДОСТОВЕРНОСТЬ ПРЕДОСТАВЛЕННОЙ ВРАЧУ ИНФОРМАЦИИ ПОДТВЕРЖДАЮ. МНЕ РАЗЪЯСНЕНЫ ПОСЛЕДСТВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ НЕПОЛНОЙ ИЛИ НЕДОСТОВЕРНОЙ ИНФОРМАЦИИ.

ЗАКАЗЧИК _____

Приложение № 4 к договору № б/н
на оказание платных медицинских услуг
от _____

№ п/п	ФИО Заказчика	Отметка Заказчика об ознакомлении с условиями договора, в том числе с уведомлением 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 Заказчика.			Отметка, подтверждающая выражение согласия Заказчика на условия предоставления медицинских услуг по настоящему договору
		Подпись	Дата	Подпись	
гр.1	гр.2	гр.3	гр.4	гр.5	
1	Петров Пётр Петрович		«23» октября 2024		
2					

Подпись Заказчика лишает последнего права ссылаться на его несогласие с условиями настоящего Договора и Приложений к нему, а также отсутствие его информированности о его правах и обязанностях в рамках исполнения настоящего Договора.

Заказчик: **Петров Пётр Петрович**

(Подпись)

ПРОМЕЖУТОЧНЫЙ АКТ ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

к договору № б/н от _____

Мы, нижеподписавшиеся, представитель Исполнителя в лице ООО «Дент-Реал», с одной стороны и Заказчик Петров Пётр Петрович с другой стороны составили настоящий Акт о том, что согласно договору № б/н от _____ на оказание платных медицинских услуг:

_____, Исполнителем

« ____ » _____ 20 ____ г. оказаны услуги: _____

Претензий по объему и качеству оказанных медицинских услуг у Заказчика не имеется. _____

(Ф.И.О. Подпись Заказчика)

« ____ » _____ 20 ____ г. оказаны услуги: _____

Претензий по объему и качеству оказанных медицинских услуг у Заказчика не имеется. _____

(Ф.И.О. Подпись Заказчика)

« ____ » _____ 20 ____ г. оказаны услуги: _____

Претензий по объему и качеству оказанных медицинских услуг у Заказчика не имеется. _____

(Ф.И.О. Подпись Заказчика)

« ____ » _____ 20 ____ г. оказаны услуги: _____

Претензий по объему и качеству оказанных медицинских услуг у Заказчика не имеется. _____

(Ф.И.О. Подпись Заказчика)

« ____ » _____ 20 ____ г. оказаны услуги: _____

Претензий по объему и качеству оказанных медицинских услуг у Заказчика не имеется. _____

(Ф.И.О. Подпись Заказчика)

« ____ » _____ 20 ____ г. оказаны услуги: _____

Претензий по объему и качеству оказанных медицинских услуг у Заказчика не имеется. _____

(Ф.И.О. Подпись Заказчика)

« ____ » _____ 20 ____ г. оказаны услуги: _____

Претензий по объему и качеству оказанных медицинских услуг у Заказчика не имеется. _____

(Ф.И.О. Подпись Заказчика)

« ____ » _____ 20 ____ г. оказаны услуги: _____

Претензий по объему и качеству оказанных медицинских услуг у Заказчика не имеется. _____

(Ф.И.О. Подпись Заказчика)

« ____ » _____ 20 ____ г. оказаны услуги: _____

Представитель Исполнителя: _____

(Подпись)

Заказчик: Петров Пётр Петрович _____

(Ф.И.О. Подпись)

В случае уклонения или немотивированного отказа Заказчика от подписания акта Исполнитель вправе составить односторонний акт об оказании услуг. Услуги, указанные в данном акте, считаются предоставленными Исполнителем и принятыми Пациентом и подлежат оплате в соответствии с условиями договора.

АКТ ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

к договору № б/н от _____

Мы, нижеподписавшиеся, представитель Исполнителя в лице ООО «Дент-Реал», с одной стороны и Заказчик Иванов Иванов Иванович, с другой стороны составили настоящий Акт о том, что согласно договору № б/н от _____ на оказание платных медицинских услуг:

Исполнителем от «23» октября 2024 были оказаны надлежащим образом в полном объеме.

Претензий к Исполнителю по качеству и срокам оказания услуг не имею. Претензий к Заказчику нет.

Представитель Исполнителя:

(Ф.И.О. Подпись)

Заказчик: Иванов Иванов Иванович

(Ф.И.О. Подпись)

В случае уклонения или немотивированного отказа Заказчика от подписания акта Исполнитель вправе составить односторонний акт об оказании услуг. Услуги, указанные в данном акте, считаются предоставленными Исполнителем и принятыми Пациентом и подлежат оплате в соответствии с условиями договора.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____
Медицинская документация
Форма № 043/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. № 1030

наименование учреждения

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА
Стоматологического больного
«23» октября 2024

Фамилия, имя отчество Иванов Иванов Иванович
Пол (М, Ж) _____ Возраст _____
Адрес _____
Профессия _____
Диагноз _____
Жалобы _____

Перенесенные и сопутствующие заболевания

Развитие настоящего заболевания

Для типографии ! при изготовлении документа формат А5
Стр. 2 ф № 043/У

Данные объективного исследования, внешний осмотр

Осмотр полости рта. Состояние зубов
Условные обозначения: отсутствует – 0, корень – R,
Кариес – С, Пульпит – Р, Периодонтит – Рt, пломбированный – П, Парадонтез – А, подвижность - |, ||, ||| (степень), коронка – К, искусственный зуб - И

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	

Прикус _____
Состояние слизистой оболочки полости рта, десен, альвеолярных отростков и неба

Данные рентгеновских, лабораторных исследований

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**на проведение лечения несовершеннолетнего ребенка**

(родителей, законного представителя) на получение медицинской помощи в стоматологической клинике ООО «Дент-Реал», имеющем Лицензию на осуществление медицинской деятельности № ЛО- 23-01-010581 от 03.10.2016 г., выданную Министерством Здравоохранения Краснодарского края.

Согласие на предварительный осмотр и консультацию

Я, Петров Пётр Петрович, действуя в интересах Иванов Иванов Иванович, «1» января 1980 г.рожд., добровольно обращаюсь за медицинской помощью в стоматологическую клинику ООО «Дент-Реал», предоставляю полностью имеющуюся на сегодняшний день информацию о состоянии здоровья (моего подопечного) и соглашаюсь на проведение осмотра полости рта, манипуляции и исследования, включая рентгенологические, для получения максимально полной картины состояния органов, диагностики и назначения предварительного плана лечения, для возможности врача согласовать этот план со мной. С преискурantom ознакомлен.

Родитель(законный представитель) _____ (Петров Пётр Петрович). «23» октября 2024

Врач _____ (______). «23» октября 2024

Согласие на осуществление лечения (медицинского вмешательства)

Я, Петров Пётр Петрович, действуя в интересах Иванов Иванов Иванович, (Ф.И.О моего несовершеннолетнего ребенка) подтверждаю следующее:

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

Мне сообщено о выявленной сопутствующей патологии: _____

Мне известно, что указанное заболевание имеет хроническую форму, и по оказании медицинской помощи может произойти улучшение состояния, но не может быть гарантировано полное выздоровление.

Я информирован/а/ о предполагаемом плане лечения, существующих утверждённых методиках лечения, используемых лекарственных препаратах; мною заданы все вопросы, необходимые для полного понимания сути и способов лечения, и получены на них исчерпывающие ответы.

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 врача о характере питания, физических нагрузках, других ограничениях, явках на контрольные осмотры и исследования. Я понимаю, что невыполнение этих рекомендаций может привести к ухудшению здоровья Иванов Иванов Иванович (Ф.И.О моего несовершеннолетнего ребенка), и снижению эффективности лечения по моей вине. Из-за этого клиника не сможет предоставить мне гарантии

(на его, ее) выздоровления, и я не буду иметь в этом случае претензий к врачу и клинике.

Мне разъяснено, кроме того, что лечебные процедуры могут быть прерваны врачом или отменены из-за их неадекватной плохой переносимости (его,ее) организмом, из-за недостаточной исходной подготовленности организма к этим процедурам или при отсутствии положительного результата воздействия. По тем же причинам врачом 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 стоматологической клинике ООО «Дент-Реал».

Я понимаю, что в процессе оказания (ему,ей) 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 (его,ее) здоровью.

Я понимаю, что реакция каждого организма, и моего тоже, на медицинское вмешательство непредсказуема и индивидуальна, и различные осложнения возможны. Я ознакомлен/а/ с тем, какие могут возникнуть осложнения:

при терапевтическом приёме и после него:

- гематома после инъекции анестетика;
- постпломбировочные боли при надкусывании;
- 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 (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;
- _____ .

в ходе хирургического вмешательства и после него:

- гематома после инъекции анестетика;
- боли в месте инъекции до трёх недель;
- луночковые боли после удаления зуба, развитие альвеолита, связанное с особенностями развития воспалительного процесса, индивидуальными защитными функциями или особенностями организма, либо с выполаскиванием из лунки кровяного сгустка;
- кровотечение из лунки или разреза;
- парестезия в области языка, нижней губы;
- сообщение полости рта с гайморовой пазухой;
- гайморит;
- попадание корня зуба в гайморову пазуху;
- появление отёка мягких тканей или увеличение имевшегося отёка при хирургическом вмешательстве в период обострения;
- контрактура жевательных мышц после удаления зуба, боли при глотании;
- _____ .

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;
- _____ .

при ортопедическом приёме и после него:

- отёки слизистой оболочки рта, зуд, гиперемия, повышение кровоточивости дёсен;
- появление натёртостей при съёмном протезировании;
- рвотный рефлекс;
- ухудшение эстетического эффекта протезирования из-за отказа удалять зубы;
- аллергическая реакция на материалы съёмных протезов;
- изменение дикции, вкусовых ощущений, а также характера слюноотделения;
- плохая фиксация пластинчатых съёмных протезов при выраженной атрофии альвеолярных гребней;
- переломы и сколы различных видов съёмных протезов;
- возможная необходимость перебазировки съёмного протеза из-за атрофии альвеолярного гребня после удаления зубов;
- асфиксия во время сна в случае неснятия полных съёмных пластинчатых протезов перед сном;
- травматизация слизистой оболочки рта;
- плохая фиксация и стабилизация протезов;
- сколы облицовки постоянных протезов из-за неправильного использования;

- расцементировка при постоянной или временной фиксации;
- возможное изменение плана протезирования и, как следствие, стоимости работ при несостоятельности опорных зубов или при изменении пожеланий пациента;
- появление запаха изо рта и образование налёта на пластинчатых, бюгельных и эластичных протезах из-за несоблюдения пациентом гигиены полости рта;
- изменение сроков протезирования.

другие виды осложнений:

- _____
- _____
- _____

Я соглашаюсь на анестезию при лечении, выбор метода и препаратов предоставляю лечащему врачу. Я подтверждаю, что предложенная мне анкета о перенесённых заболеваниях, включая хронические и инфекционные, аллергиях и непереносимости препаратов, общем состоянии здоровья, заполнена мной лично. Я признаю свою ответственность за умышленное сокрытие или искажение сведений о (его,ее) здоровье.

Я доверяю лечащему врачу 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 (его,ее) состояния.

Вариант 1.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение данного документа. Я даю согласие на медицинское вмешательство и лечение на предложенных условиях.

Родитель(законный представитель) _____ Петров Пётр Петрович «23» октября 2024

Врач _____ (_____) «23» октября 2024

Пациент Иванов Иванов Иванович

Вариант 2.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение данного документа. Я отказываюсь от медицинского вмешательства.

Родитель(законный представитель) _____) « ____ » _____ 20__ г.

Пациент _____

Врач _____ (_____) « ____ » _____ 20__ г.