

ДОГОВОР
оказания платных стоматологических услуг – установка имплантата (хирургическая часть)
№ 23 от 05.10.2023

Медицинское учреждение ООО Клиника семейной стоматологии и ортодонтии «Луна Дент» расположенная по адресу: 450076, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Гафури, д.56, пом. 5, действующее на основании лицензии № ЛО-02-01-007696 выданной 18.03.20 МЗ РБ, ИНН 0274953051 КПП 027401001 ОГРН 1190280082871, в лице директора Низаевой Лилии Фаритовны на основании Устава в дальнейшем именуемое «Исполнитель» (или «Клиника») и Нурбаева Эльза Ришатовна, именуемый (-ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется по поручению Заказчика оказывать платные стоматологические услуги - выполнение хирургической операции по установке имплантата; послеоперационное наблюдение в течение 5 месяцев; установка формирователя десны, при медицинских показаниях проведения операции синус-лифтинга, удаление зуба и др., а Заказчик обязуется оплатить эти услуги в полном объеме по квитанции согласно утвержденному Прейскуранту.

1.2. Объем предоставляемых услуг определяется общим состоянием здоровья Заказчика, медицинским показаниям по хирургическому лечению, желанием Заказчика и техническими возможностями Исполнителя.

1.3. Заказчик получил полную информацию о деятельности Исполнителя, методах диагностики, лечения, альтернативных методах лечения, анестезии и возможных осложнениях, возникающих в результате лечения, ознакомлен с Прейскурантом цен на платные стоматологические услуги, согласен с условиями действующей акции и гарантийными сроками и по доброй воле согласен на оказание ему платных стоматологических услуг Исполнителем.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Предоставить Заказчику качественные услуги по установке имплантата (хирургическая часть) в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации. Диагностическая и медицинская стоматологическая помощь оказывается в кабинетах, оснащенных необходимым оборудованием, инструментарием и материалами. При необходимости (в ходе осмотра или при проведении лечения) может возникнуть необходимость проведения рентгенографических и др. диагностических мероприятий, которые оказываются за дополнительную плату. Рентген-снимки являются неотъемлемой частью к истории болезни Заказчика и хранятся в амбулаторной карте Заказчика в поликлинике.

При отсутствии соответствующих технологических возможностей у Исполнителя, последний оставляет за собой право направить Заказчика для диагностики и лечения в иную специализированную медицинскую организацию.

2.1.2. Информировать Заказчика о гарантийных сроках лечения и эффективности лечебных методик. Исполнитель обязуется поправить за свой счет недостатки, возникшие по его вине, в течении установленного гарантийного срока.

2.1.3. Информировать Заказчика до выполнения работ о возможных в его случае осложнениях после проведения лечения.

2.1.4. Вести необходимую медицинскую документацию. Сведения о состоянии здоровья Заказчика, плане лечения и результате лечения заносятся в стоматологическую амбулаторную карту Заказчика, которая является неотъемлемой частью настоящего договора.

2.2. Заказчик обязан:

2.2.1. Сообщить лечащему врачу правдивые сведения о состоянии своего здоровья (или ребенка, в интересах которого заключен настоящий договор), необходимые для правильной постановки диагноза и выбора плана лечения, перенесенном гепатите, ВИЧ-инфекции и др. заболеваниях. Конфиденциальность полученных сведений гарантируется.

2.2.2. Оплачивать оказанные ему услуги в полном объеме в соответствии с прейскурантом цен, действующим на момент оказания услуг.

2.2.3. Приходить на запланированные визиты к врачу-стоматологу в точное указанное время, исполнять все предписания и рекомендации врача, в противном случае Исполнитель не несет ответственности за результаты лечения и возникшие осложнения.

2.2.4. В случае возникновения в течении гарантийного срока любых дефектов, жалобах немедленно обратиться к Исполнителю, не прибегая к помощи других лечебных учреждений. В случае возникновения у Пациента неотложных состояний (боль, повышенная температура, отек, кровотечение и.п.) когда невозможно обратиться непосредственно к Исполнителю и приходится обращаться в другое медучреждение, после проведенного лечения незамедлительно в течении одних суток обратиться к Исполнителю.

2.2.5. Уведомлять администрацию Клиники о невозможности явки в согласованное заранее время не позднее, чем за 2 часа до назначенного времени.

2.2.6. По окончании лечения Заказчик обязуется соблюдать все рекомендации по уходу за полостью рта, приходить на профилактические осмотры в соответствии с медицинскими показаниями и назначениями лечащего врача.

2.2.7. Заказчик обязуется заблаговременно информировать Стоматологию о необходимости отмены или изменении назначенного ему времени получения услуги.

2.2.8. Уважительно относиться к сотрудникам и соблюдать правила внутреннего распорядка Клиники.

2.2.9. В случае, если Пациент не согласен с поставленным диагнозом и предложенным планом лечения, он вправе расторгнуть настоящий договор, уплатив Исполнителю соответствующую сумму за проведенное обследование или выполненную работу (о чем делается соответствующая запись в амбулаторной карте), либо выбрать другого врача более высокой квалификации.

2.3. Исполнитель в праве:

2.3.1. При неоднократном нарушении Заказчиком условий настоящего договора расторгнуть его в одностороннем порядке.

2.3.2. При необходимости привлекать третьих лиц (медицинских специалистов, медицинские учреждения) для оказания услуг Заказчику.

2.3.3. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для лечения, Исполнитель вправе назначить другого врача для проведения лечения либо переписать Заказчика на другой день.

2.3.4. Исполнитель вправе отказать в оказании услуги при наличии у Заказчика медицинских противопоказаний, а также в случае нахождения его в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения.

2.4. Заказчик вправе:

2.4.1. Заказчик вправе в любое время отказаться от дальнейшего медицинского вмешательства и расторгнуть настоящий договор, уплатив Исполнителю часть цены пропорционально части выполненных работ (оказанных услуг).

2.4.2. Получать в доступной для него форме информацию о состоянии своего здоровья.

2.4.3. При обнаружении недостатков в выполненных работах (оказанных услугах) Заказчик вправе по своему выбору предъявить одну из ниже перечисленных требований:

- определить другого врача из штата стоматологии для исполнения услуги, с учетом его согласия;

- безвозмездное устранение недостатков; - соответственного уменьшения цены работы;

- безвозмездного повторного выполнения работы; - возмещения понесенных расходов по устранению недостатков своими силами.

3. СТОИМОСТЬ РАБОТ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

Стоимость работ (услуг), выполненных по настоящему договору, определяется в соответствии с объемом работ и прейскурантом цен на платные стоматологические услуги, а также скидок и акций действующего на момент оплаты услуг.

Порядок расчетов: - работа, выполненная по настоящему договору, оплачивается Заказчиком за наличный расчет (безналичный расчет) через кассу с предоставлением квитанции, являющейся документом строгой отчетности, следующим образом: а) оплата за выполненный этап при лечении (каждое посещение врача-стоматолога). Окончательный расчет производится сторонами по завершению оказания стоматологических услуг, предусмотренных настоящим договором.

4. СРОКИ ВЫПОЛНЕНИЯ РАБОТ

Услуги по настоящему договору оказываются по предварительной записи в согласованное сторонами время.

4.2. Сроки выполнения работ (оказания услуг) по настоящему договору целиком зависят от тяжести заболевания и индивидуальных особенностей Заказчика и не могут быть заранее точно определены.

5. ГАРАНТИЙНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА

5.1. Исполнитель гарантирует качество выполненных работ в течение срока установленным лечащим врачом, но не более 1 года и при отсутствии диагноза перимплантит.

5.2. Гарантийный срок и срок службы на проведённое лечение по имплантации сохраняются при условии, что Заказчик выполняет весь план лечения, согласованный с врачом.

5.3. Гарантийные обязательства Исполнителя не сохраняются в случае выявления или возникновения у Заказчика период гарантийного срока перимплантита, заболеваний внутренних органов, а также изменений физиологического состояния организма (вследствие беременности, длительного приема лекарственных препаратов, вредных внешних воздействий), которые напрямую или косвенно приводят к изменению в зубах и окружающих их тканях.

5.4. Исполнителем гарантийные сроки и сроки службы устанавливаются в соответствии с правилами, утверждёнными Исполнителем в Положении «Об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании стоматологической помощи».

5.5. В исключительных случаях Исполнитель вправе устанавливать иные гарантийные сроки, о чём производится запись в медицинской карте стоматологического больного, а в акте выполненных работ за подписью Заказчика.

5.6. Подписывая настоящий Договор, Заказчик ознакомлен с утверждённым Исполнителем: Положением «Об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании стоматологической помощи».

5.7. Срок гарантии прекращается и не возобновляется в том случае, если Заказчик обратился за оказанием стоматологической помощи (лечением, протезированием, коррекцией протезов) в любую другую стоматологию.

5.8. Исполнитель отвечает за недостатки работы (услуги), на которую не установлен гарантийный срок, если потребитель докажет, что они возникли до ее принятия им или по причинам, возникшим до этого момента.

В отношении работы (услуги), на которую установлен гарантийный срок, исполнитель отвечает за ее недостатки, если не докажет, что они возникли после принятия работы (услуги) потребителем вследствие нарушения им правил использования результата работы (услуги), действий третьих лиц или непреодолимой силы.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. Исполнитель не несет ответственности за качество оказываемых услуг в случае невыполнения Заказчиком назначений врача или самостоятельного прерывания курса лечения. Гарантия действительна при условии тщательной гигиены полости рта, соблюдения рекомендаций лечащего врача, прохождения профосмотров реже 1-го раза в период установленного гарантийного срока, но не позднее наступления половины гарантийного срока.

6.2. При возникновении задолженности Заказчика за оказанные услуги Исполнителем, последний имеет право приостановить дальнейшее оказание услуг по настоящему Договору до полной оплаты Заказчиком уже оказанных Медицинским центром услуг.

6.3. Исполнитель не несет ответственности за результаты оказания медицинских услуг в случаях несоблюдения Заказчиком рекомендаций по лечению и совершению иных действий, направленных на ухудшение здоровья Заказчика.

6.4. Исполнитель не несет ответственности за вред, причиненный здоровью Заказчика, возникший в результате:

- неявки или несвоевременной явки Заказчика на запланированный визит или контрольные медицинские осмотры;
 - досрочное расторжение договора по инициативе Заказчика (п.2.3.1 настоящего договора);
 - несообщение или недостоверное сообщение Заказчиком существенных сведений о состоянии здоровья, запрашиваемых лечащим врачом;
 - возникновения аллергических реакций у Заказчика, не отмечавшего ранее проявления аллергии;
 - несоблюдение рекомендации, данных лечащим врачом по уходу за состоянием полости рта и протезами.
- переделки и исправления работы в другом лечебном учреждении, ремонта и исправления работы самим Заказчиком.

7. СПОРЫ ПО НАСТОЯЩЕМУ ДОГОВОРУ

7.1. Стороны пришли к соглашению о том, что при невозможности решить разногласия переговорным путем все споры, разногласия, претензии, требования, вытекающие из настоящего договора или в связанные с ним, в том числе касающийся его исполнения, нарушения, прекращения или недействительности, подлежат разрешению в ТРЕТЕЙСКОМ СУДЕ ПРИ АССОЦИАЦИИ СТОМАТОЛОГОВ РБ в соответствии с его Положением по адресу: 450078, РБ, г. Уфа, ул. Посадская, д.26, тел. +7 (347) 2-927-149.

8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

8.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до выполнения сторонами своих обязательств по договору. Договор считается автоматически продленным на следующий год, если участники не выразили письменное сообщение об изменении его условий или о расторжении в течение 10 дней со дня его окончания срока

9. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

9.1 Стороны соглашаются с тем, что информированное добровольное письменное согласие Заказчика на медицинское вмешательство является необходимым предварительным условием для начала лечения.

9.2 Заказчик соглашается с тем, что стоимость медицинских услуг, согласованная с ним после осмотра, является предварительной и не включает стоимость лечения скрытых патологий, которые могут быть обнаружены в процессе лечения. Точная стоимость определяется после завершения лечения.

9.3 Заказчик соглашается с тем, что желает, и будет получать информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о методах лечения, связанном с ними риске, возможных осложнениях и прочих особенностях лечебного процесса путем ознакомления с записями в медицинской карте.

9.4. Договор составлен в двух экземплярах, каждый из которых имеет одинаковую юридическую силу.

10. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ: ООО Клиника семейной стоматологии и ортодонтии «Луна Дент» 450076, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Гафури, д.56, пом. 5 Лицензия № ЛО-02-01-007696 ИНН 0274953051 КПП 027401001 ОГРН 1190280082871	ЗАКАЗЧИК: Нурбаева Эльза Ришатовна Дата рождения: 24.07.1992 Паспорт: 8015 199271 Выдан: Отделом УФМС России по Республике Башкортостан в г. Салават Дата выдачи: Код подразделения: Адрес регистрации Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Коммунистическая, д. 14, кв. 31
(подпись)	_____ (подпись)

Информированное добровольное согласие пациента на проведение медицинского стоматологического вмешательства в ООО Клиника семейной стоматологии и ортодонтии «Луна Дент» Имплантация зубов

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

Я,
(Ф.И.О. пациента, законного представителя, год рождения)
обращаюсь в ООО Клиника семейной стоматологии и ортодонтии «Луна Дент» для оказания мне/моему
п р е д с т а в л я е м о м у

(Ф.И.О. представляемого, число, месяц, год рождения)

стоматологической помощи.

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

Доктор поставил мне (моему представляемому) следующий диагноз:

(заполняется врачом)

Мне известно, что вариантами стоматологического лечения являются следующие методики: **терапевтическое лечение** (лечение зубов с целью их сохранения), **хирургическое лечение** (комплекс мероприятий, направленных на сохранение зубов, а так же удаление зубов), **ортопедическое лечение** (восстановление целостности зубного ряда ортопедическими конструкциями), **пародонтологическое лечение** (лечение тканей, окружающих зуб и слизистой оболочки полости рта), **имплантация** (восстановление целостности зубного ряда искусственным корнем из высокотехнологичного материала - имплантатом), **ортодонтическое лечение** (исправление и предупреждение нарушения положения зубов и аномалий прикуса) и **отсутствие лечения** как такового.

В доступной форме я получил(а) информацию о том, что с учетом имеющейся у меня(моего представляемого) клинической ситуации, стадии патологического процесса, сопутствующих заболеваний, возрастных изменений организма оптимальным, наиболее эффективным методом лечения **с позиции медицинских показаний является имплантация в области:**

зубов.

(заполняется врачом)

В процессе проведения хирургического вмешательства операции имплантации в костную ткань челюсти под местным обезболиванием будут интегрированы(установлены) имплантаты. Операция будет проведена в соответствии с протоколом ведения операции имплантации, с использованием сертифицированных

материалов и препаратов. Через определенный период времени, необходимый для приживления имплантатов, они будут использованы как опоры для зубного протеза самостоятельно или в сочетании с собственными зубами.

Я информирован(на), что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции, его расширение, уменьшение или отказ от запланированного плана и объема. Поэтому при невозможности установки имплантатов из-за состояния костной ткани, операция может быть прекращена и проведена подготовка места для установки имплантатов путем мягкотканной пластики или аугментации кости:

- синус-лифтинг,
- расщепление гребня,
- пересадка костных блоков
- прочие манипуляции:

как одномоментно, так и отсрочено после формирования мягких и костных тканей в сроки, рекомендованные лечащим врачом.

Я информирован(а) о других альтернативных способах лечения без применения зубных имплантатов:

- ортопедическое лечение(протезирование) съемными, несъемными(мостовидными) протезами и конструкциями.

Я проинформирован(а), что перед операцией имплантации необходимо пройти подготовительные этапы:

- терапевтический, для устранения очагов хронической инфекции в полости рта;
- пародонтологический, для нормализации гигиенического состояния полости рта;
- ортопедический, для составления плана протезирования.

Врач доступно объяснил мне, что в крайне редких случаях есть вероятность развития следующих осложнений по независящим от врача и правильности манипуляций причинам:

- возможно длительное заживление послеоперационной раны,
- припухлость, болевые ощущения,
- кровотечения
- инфицирование раны, прилегающих тканей или сосудистой системы
- общее недомогание, гипертермия,
- онемение губы, языка, щеки, подбородка, зубов.

Точную продолжительность этих побочных ощущений невозможно прогнозировать и в крайне редких случаях они могут быть необратимыми.

- образование послеоперационных рубцов
- частичное или полное расхождение швов
- прорезывание частей фиксирующих винтов, пинов и мембран
- перфорация имплантатом гайморовой пазухи, с развитием впоследствии синусита (воспаление околоносовых пазух) при манипуляциях в непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе, обусловленная анатомо-физиологическими особенностями человека.
- прорезывание имплантата через слизистую оболочку полости рта,
- проникновение имплантата в гайморову пазуху с развитием впоследствии синусита (воспаление околоносовых пазух) при хирургической манипуляции в непосредственной близости к верхнечелюстной(гайморовой) пазухе, обусловленная анатомо-физиологическими особенностями человека;
- проникновение имплантата в нижнечелюстной канал с последующим онемением языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти, при хирургическом вмешательстве в области нижней челюсти, при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу, обусловленное анатомо-физиологическими особенностями человека;
- раскручивание винта на имплантате или формирователя десны
- периимплантит - воспалительный процесс в костной ткани вокруг имплантата. В случае воспалительного процесса может потребоваться дополнительное лечение, в том числе хирургическое.
- отторжение имплантата, что приведет к его удалению по абсолютным медицинским показаниям; В случае отторжения подвижный имплантат удаляется и через некоторое время операцию имплантации можно повторить. Вопрос о повторной имплантации в данной области решается индивидуально.

Я понимаю, что определить промежуток времени возникновения данных осложнений не представляется

возможным в связи с тем, что биологические процессы, не подконтрольны в 100% случаев воле человека, и зависят от индивидуальных особенностей моего организма, клинической ситуации, стадии патологического процесса, сопутствующих заболеваний, возрастных изменений.

Я проинформирован/а и понимаю, что в случае возникновения осложнений мне необходимо обратиться к лечащему врачу для осмотра. В некоторых случаях может потребоваться госпитализация в отделение челюстно-лицевой хирургии.

Я проинформирован(на) и понимаю, что при недостатке (убыль, дефект) костной ткани, установка имплантатов в участке отсутствующих зубов не возможна. В этом случае для проведения имплантации в этой области необходимо провести хирургическое вмешательство, направленное на восстановление объема костной ткани (костная пластика).

Согласен _____ /{**ФамилияИмяОтчество**},{ТекущаяДата},
подпись Пациента (законного представителя)

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

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

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

- аллергические реакции организма на медикаментозные препараты;
- обморок, коллапс, шок;
- травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимися потерей чувствительности, невритами;
- невралгиями и постинъекционными гематомами.

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

Мне разъяснено, что обезболивание может быть затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ. При этом я информирован(а), что в ряде конкретных случаев медицинские вмешательства без анестезии невозможны. Я информирован о том, что в этих случаях, при моем правомерном отказе от использования анестезии, у врача не имеется объективной возможности предоставить требуемую услугу в плановой ситуации. Т.к. в этом случае он не может, по независящим от него обстоятельствам, обеспечить безопасность услуги (ФЗ «О защите прав потребителей») и нарушает право пациента на гуманное отношения при оказании медицинской помощи (ч.5. ст. 19 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»).

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

Я информирован о том, что для профилактики возникновения описанных непредвиденных обстоятельств будут приняты все необходимые меры предосторожности. Я информирован, что клиника оснащена всем необходимым для оказания экстренной медицинской помощи.

Согласен на анестезию _____ /{**ФамилияИмяОтчество**},{ТекущаяДата},
подпись Пациента (законного представителя)

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей и зубов (ортопантограммы, дентальной компьютерной томографии, прицельной радиовизиографии) до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен (а) на их проведение. Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования повышается вероятность наступления описанных осложнений, вероятность снижения эффективности лечения по независящим от врача причинам, повышается вероятность отказа врача от продолжения лечения (в плановой ситуации) вследствие возникновения объективной невозможности предоставить требуемую услугу.

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

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

Для практически здоровых лиц годовая эффективная доза при проведении профилактических медицинских рентгенологических процедур и научных исследований не должна превышать 1 мЗв (1000цЗв). 1 обследование КТ - 80цЗв, ОПТГ- 80цЗв, ЯУО(прицельный)- до 12цЗв.

Согласен на рентген исследование _____ /{ФамилияИмяОтчество}{ТекущаяДата},
подпись Пациента (законного представителя)

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них подробные ответы. Мне также разъяснили значение всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к моему лечению.

Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского специалиста, участие которого в моем(моего представляемого) лечении будет необходимо. Я понимаю, что невозможно точно установить сроки выполнения работ ввиду непредсказуемой реакции организма человека, и понимаю возможную необходимость изменения или коррекции первоначального плана лечения в процессе оказания медицинской помощи.

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

Я информирован, что результат любого медицинского вмешательства в силу специфики медицинской услуги зависит от скоординированных с медицинскими работниками ответных действий с моей стороны, направленных на обеспечение безопасности в данном случае предполагаемого терапевтического лечения.

Поэтому в моих интересах сообщить врачу правдивые сведения обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на

меня(представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах, о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке на стоматологические услуги и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии (Положение о гарантиях), которые обязуюсь соблюдать.

Я внимательно ознакомился(-лась) с данным документом, являющимся приложением к Договору на оказание платных медицинских услуг и неотъемлемой частью амбулаторной карты (ф.043У).

На медицинское вмешательство согласен(а) _____ / {ФамилияИмяОтчество}
подпись Пациента (законного представителя)

Врач: _____ / {Прием.Врач.ФамилияИО}

Дата {ТекущаяДата}

Пациент (законный представитель пациента) имеет право собственноручно вносить в текст данного информированного согласия дополнения, связанные с его правом на добровольность такового.