

«УТВЕРЖДАЮ»
И.о. Главного врача
ГБУЗ «ДСП №10 ДЗМ»



Рыбакова М.Г.

ПОЛОЖЕНИЕ
о порядке оказания платных медицинских услуг
Государственным бюджетным учреждением здравоохранения города Москвы
«Детская стоматологическая поликлиника №10
Департамента здравоохранения города Москвы»

Положение разработано в соответствии с Гражданским Кодексом РФ, Федеральным законом № 323-ФЗ от 21.11.2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом №2300-1 от 07.02.1992 года «О защите прав потребителей», Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг" и Приказа Департамента здравоохранения города Москвы №944 от 02.10.2013 года «Об утверждении Правил оказания платных услуг гражданам и юридическим лицам государственными организациями системы здравоохранения города Москвы».

1. Общие положения, цели и задачи

1.1. Отделение по оказанию населению платных медицинских услуг, являясь структурным подразделением медицинского учреждения, имеет основную цель – полного удовлетворения потребностей населения в квалифицированной стоматологической помощи, а также привлечения дополнительных финансовых средств для материально-технического развития учреждения здравоохранения.

Для описания целей настоящего Положения используются следующие основные понятия:

«Медицинская услуга» - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;

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

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

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

«Исполнитель» - Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Детская стоматологическая поликлиника №10 Департамента здравоохранения города Москвы»;

«Пациент» - физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния.

1.2. Задачами отделения являются: реализация дополнительных медицинских услуг населению, привлечение дополнительных средств для материально-технического развития учреждения здравоохранения, материальное поощрение сотрудников отделения.

2. Условия предоставления платных медицинских услуг

2.1 Исполнитель оказывает платные медицинские (стоматологические) услуги в целях наиболее полного удовлетворения потребностей в них населения и юридических лиц. Право оказывать платные медицинские услуги закреплено в Уставе Учреждения.

После оказания потребителю (заказчику) в доступной форме предоставляется информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - соответственно программа, территориальная программа).

Отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы.

2.2. На возмездной основе Исполнитель оказывает стоматологические услуги. Платные медицинские услуги предоставляются населению в виде консультативной, профилактической, диагностической, лечебной стоматологической помощи.

2.3. Платные медицинские услуги предоставляются на иных условиях, чем предусмотрено территориальными и (или) целевыми программами, по желанию пациента (заказчика, потребителя), включая в том числе:

- применение стоматологических материалов, и изделий медицинского назначения, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, если их назначение и применение не обусловлено жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, входящих в указанный перечень, также применение современных методик лечения, аппаратуры и материалов;

- при предоставлении медицинских услуг сохраняется анонимность, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

- гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации;

- при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных статьей 21 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

2.4. Платные медицинские услуги могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.5. Оказание платных медицинских услуг производится врачами-стоматологами, врачами специалистами и средним медицинским персоналом Исполнителя.

При предоставлении платных медицинских услуг должны соблюдаться порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

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

2.6. Оказание платных медицинских услуг проводится в свободное от основной работы время. При этом составляется отдельный табель учета рабочего времени: по основной ставке и для оказания платных услуг. Допускается, в исключительных случаях (при условии первоочередного оказания гражданам бесплатной медицинской помощи и при выполнении объемов медицинской помощи по территориальной программе), оказание платных услуг во время основной работы, в случаях:

- если это не создает препятствий для получения бесплатной медицинской помощи лицам, имеющим на это право;

- в случаях, когда технология их проведения ограничена рамками основного рабочего времени.

Часы работы медицинского персонала, оказывающего платные медицинские услуги, во время основной работы, продляются на время, затраченное на их предоставление.

2.7. Работа по оказанию платных медицинских услуг не считается совместительством. Работник оказывает платные медицинские услуги на основании личного заявления и заключаемого дополнительного соглашения к трудовому договору (либо включения условия в трудовой договор).

2.8. Оказание платных услуг персоналом подразделений, кабинетов, основная деятельность которых финансируется за счет средств, полученных от оказания платных услуг, проводится в основное рабочее время, по графику работы подразделения, кабинета, утверждаемого главным врачом.

3. Информация об Исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах.

3.1 Исполнитель предоставляет информацию об отделении, посредством размещения на информационных стендах (стойках) Учреждения информацию, на сайте медицинской организации в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", содержащую следующие сведения:

- а) наименование Исполнителя;
- б) адрес места нахождения Исполнителя, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;
- в) сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности (номер и дата регистрации, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа);
- г) перечень платных медицинских услуг с указанием цен в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты;
- д) порядок и условия предоставления медицинской помощи в соответствии с программой и территориальной программой;
- е) сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;
- ж) режим работы Исполнителя, график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- з) адреса и телефоны органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

и) информация, размещенная на информационных стендах (стойках), должна быть доступна неограниченному кругу лиц в течение всего рабочего времени медицинской организации, предоставляющей платные медицинские услуги. Информационные стенды (стойки) располагаются в доступном для посетителей месте и оформляются таким образом, чтобы можно было свободно ознакомиться с размещенной на них информацией.

3.2. По требованию потребителя и (или) заказчика Исполнитель предоставляет для ознакомления:

- а) копию учредительного документа Исполнителя, положение о структурном подразделении, участвующем в предоставлении платных медицинских услуг,
- б) копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией.

3.3. При заключении договора по требованию потребителя, пациента и (или) заказчика им предоставляется в доступной форме информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- а) порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;
- б) информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

в) информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

г) другие сведения, относящиеся к предмету договора.

3.4 До заключения договора Исполнитель в письменной форме уведомляет потребителя (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 ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

3.5 Информирование пациентов о тарифах, перечне и порядке предоставления платных медицинских услуг, условиях заключения договоров на осуществление платных медицинских услуг выполняют сотрудники регистратуры Исполнителя.

4. Порядок заключения договора на оказание платных медицинских услуг

4.1 Платные медицинские услуги осуществляются Исполнителем в рамках договоров с физическими или юридическими лицами в соответствии с законодательством Российской Федерации, заключаемых в письменной форме.

4.2 Платные медицинские услуги населению осуществляются Исполнителем в рамках договоров:

- с пациентами;

- с организациями на оказание платных медицинских услуг работникам и членам их семей;

- со страховыми организациями, работающими в системе добровольного медицинского страхования (далее ДМС).

4.3 Договор на оказание платных медицинских услуг подписывается главным врачом либо иными уполномоченными лицами Исполнителя, действующими на основании доверенности, оформленной в установленном порядке в 2-х экземплярах.

4.4 До заключения настоящего договора Исполнитель в письменной форме уведомляет Потребителя/ законного представителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя. (Приложение № 1 ,№2 к Положению).

4.5 При заключении договоров с физическими лицами, сторонами подписывается типовый договор, соответствующий установленным требованиям законодательства, форма которого утверждается главным врачом (Приложение № 3 к Положению).

4.6 Договор на оказание платных медицинских услуг составляется в 3 экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Заказчика, третий - у Потребителя. В случае если договор заключается потребителем и Исполнителем, он составляется в 2 экземплярах.

4.7. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом потребителя (заказчика). Без согласия потребителя (заказчика) Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

4.8 В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются 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".

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

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

5. Порядок предоставления платных медицинских услуг

5.1. Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида. При предоставлении платных медицинских услуг Исполнитель соблюдает порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

5.2. Исполнитель обеспечивает соответствие предоставляемых медицинских услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

5.3. При оказании платных медицинских услуг, потребитель (законный представитель) дает информированное добровольное согласие потребителя (законного представителя потребителя), в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

5.4. Исполнитель предоставляет потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

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

5.5. Исполнитель, при оказании платных медицинских услуг, оформляет всю необходимую медицинскую документацию, учетно-отчетные статистические формы в соответствии с действующим законодательством.

6. Цены на платные медицинские услуги и порядок оплаты.

6.1 Оказание платных медицинских услуг осуществляется при наличии утвержденных в установленном порядке тарифов на медицинские услуги Департаментом здравоохранения города Москвы.

6.2. Расчет стоимости медицинских услуг производится на основании калькуляции с учетом всех расходов, связанных с предоставлением этих услуг.

6.3. Тарифы на платные медицинские услуги включают в себя: заработную плату персонала, начисления на оплату труда, материалы, медикаменты, а также накладные расходы (коммунальные услуги, услуги связи и прочие расходы).

6.4. Расчеты за оказанные платных медицинских услуг юридическими лицами производятся безналичными денежными средствами через банк.

6.5. Расчеты с населением за предоставленные платные медицинские услуги осуществляются безналичным путем через банк.

6.6. Прием наличных денежных средств лицами, непосредственно оказывающими Потребителю (заказчику) медицинскую услугу, запрещается.

6.7. Потребитель (заказчик) обязан оплатить предоставленную Исполнителем медицинскую услугу в сроки и в порядке, которые определены договором.

6.8. По требованию лица, оплатившего услуги, Исполнитель обязан выдать "Справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы РФ" установленной формы.

7. Бухгалтерский учет и отчетность.

7.1. Исполнитель ведет бухгалтерский учет и отчетность результатов предоставления медицинских услуг за плату в соответствии с требованиями Инструкции по бюджетному учету, утвержденной приказом Министерства финансов Российской Федерации от 01.12.2010 № 157н и другими нормативными документами.

7.2. Средства, полученные по безналичному расчету за оказание платных медицинских услуг, поступают на счет по приносящей доход деятельности

7.3. Ответственным за ведение бухгалтерского учета, своевременное предоставление полной и достоверной бухгалтерской отчетности, в т.ч. по платным услугам, является главный бухгалтер.

8. Использование доходов, полученных от оказания платных услуг

8.1. Средства, поступившие за оказание платных услуг, самостоятельно распределяются и используются Исполнителем согласно утвержденной смете доходов и расходов.

8.2. Основанием для оплаты труда персонала служат документы, подтверждающие отработанное время (табель учета рабочего времени), объем выполненной работы (реестр медицинских услуг, оказанных исполнителем, по каждому пациенту), заверенные руководителями подразделений, платежные ведомости, утвержденные руководителем Учреждения.

8.3. Распределение средств, выделяемых на оплату труда непосредственных исполнителей платных услуг и содействующих им, осуществляет бухгалтерия, согласно Положению о распределении доходов, полученных от платных услуг.

9. Ответственность Исполнителя и контроль за предоставлением платных медицинских услуг.

9.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации, Исполнитель несет ответственность перед потребителем за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, несоблюдение порядка и условий оказания медицинской помощи, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни граждан.

9.2. Контроль качества оказанных платных медицинских услуг и контроль за соблюдением порядка оказания платных медицинских услуг осуществляется заведующим отделением по оказанию платных услуг.

9.3. Контроль и ответственность за правильностью установления тарифов на платные медицинские услуги возлагается на бухгалтера Коновалова О.Н.

9.4. Контроль и ответственность за ведение установленной законодательством РФ бухгалтерской отчетности, за правильность и своевременность налоговых и других отчислений, предусмотренных законодательством возлагается на главного бухгалтера.

9.5. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной услуги, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

9.6. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

9.7. Граждане, пользующиеся платными услугами, вправе предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением условий договора, либо об обоснованном возврате денежных средств за не оказанные услуги, что оформляется в установленном порядке (заявление с указанием причины возврата, акт и другие документы).

**Информированное согласие – терапия, эндодонтия
и анестезиологическое пособие.**

в ГБУЗ ДСП №10 Отделение по оказанию платных услуг

№ _____ от « _____ » _____ 201 ____ г.

Я, _____
обращаюсь в Детскую Стоматологическую поликлинику №10 в Отделение по оказанию платных медицинских услуг для проведения терапевтического и эндодонтического лечения и ознакомлен(а) с возможным получением и объемом оказываемых стоматологических услуг в системе обязательного медицинского страхования (ОМС).

Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым лечением и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

Доктор поставил мне следующий диагноз:

и указал на необходимость лечения. Я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных и лечебных мероприятий, в том числе анестезиологического пособия.

Последствиями отказа от данного лечения могут быть: инфекционные осложнения, прогрессирование кариозного процесса и переход его в запущенную стадию с поражением пульпы зуба и окружающей кости, перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата оставшихся зубов, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология, появление либо нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба, а также системные проявления заболеваний зубов и полости рта. Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех.

Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов); отсутствие лечения как такового, хирургическое вмешательство (апикальная хирургия).

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

Хотя эндодонтическая терапия имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

Доктор понятно объяснил мне все возможные осложнения, которые могут произойти во время лечения корневых каналов, а именно:

Имеется определенный процент (5-10%) неудач эндодонтического лечения. Что может потребовать: перелечивания корневых каналов в будущем, периапикальной хирургии (резекции) и даже удаление зуба.

Во время лечения корневых каналов возможна поломка инструментов, что может повлечь за собой невозможность его удаления из корневого канала, либо инструмент может перфорировать стенку корня. Хотя это происходит редко, тем не менее, такие осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и могут повлечь за собой потерю зуба.

При повторном перелечивании инфицированных и ранее леченных корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается, что связано:

- со случаями, если каналы ранее были пломбированы в другой клинике твердеющими препаратами, резорцин-формалиновым методом, в каналах имеются сломанные эндоинструменты, металлические и стекловолоконные штифты и вкладки, тогда часто невозможно удалить старую корневую пломбу и пройти канал на всю длину;
- с ситуацией, если уже имеются перфорации корней и стенок зуба, ступеньки и ложные каналы;
- с сильной кальцификацией корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфораций, поломки инструментов). При лечении искривленных корневых каналов также 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 опорой несъемного или съемного протеза, то при создании доступа к корневым каналам данного зуба и его изоляции коффердамом может произойти повреждение ортопедической конструкции (например, перелом коронки), либо может возникнуть необходимость снятия всей ортопедической конструкции (при этом также возможно ее необратимое повреждение). Также, при попытке снять ортопедическую конструкцию может произойти перелом самого зуба, что может привести к его удалению. Даже при успешном завершении эндодонтической терапии нельзя дать 100% гарантии, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению, рецидиву инфекционного процесса на корнях или перелому в будущем.

Доктор также объяснил мне необходимость обязательного постоянного восстановления зуба после проведения эндодонтического лечения в сроки до 1 месяца; в противном случае эндолечение может потерпеть неудачу (что может стать причиной потери зуба, либо потребовать перелечивания корневых каналов). Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества эндодонтического лечения как в процессе лечения, так и после него и в будущем обязуюсь приходить на контрольные осмотры 1 раз в 3 месяца.

Я осведомлен о возможных осложнениях во время проведения анестезии (кровотечения, гематомы, повреждение нервов и сосудов, боль после анестезии, парезы лица) и при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал лечащего доктора обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время, о наличии всех хронических заболеваний, данная информация занесена в амбулаторную карту.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен с тем, что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мною результата и действительным результатом, т.к. представления пациентов о лечении, как правило, не совпадают с реальной действительностью. Я понимаю, что мне не были даны какие-либо гарантии или заверения. Я понимаю, что в моих интересах приступить к лечению зубов как можно быстрее. Я также понимаю, что доктор также как и я заинтересован в благоприятном исходе проводимого лечения и сделает для этого все необходимое. Хотя предложенное лечение поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не

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

Я обязуюсь точно выполнять все рекомендации и назначения доктора и понимаю, что их невыполнение может привести к серьезным осложнениям и неудаче лечения.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них понятные и исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение всех медицинских терминов, упоминавшихся в данном документе.

Я даю разрешение делать инъекции лекарственных препаратов, рентгеновские снимки, оттиски, диагностические модели, фотографии и проводить любые другие мероприятия, которые будут необходимы для постановки диагноза, лечения, а также для фиксации результатов медицинского вмешательства.

Я разрешаю использовать публично фотографии моих зубов и полости рта на условиях анонимности без указания моего имени и фамилии.

Я даю разрешение проводить необходимые лечебные мероприятия и использовать любого врача или ассистента, участие которого в моем лечении будет необходимо.

Я понимаю, что в связи с индивидуальной анатомией и реакцией организма возможно расхождение с первоначально определенным планом лечения и изменение ранее оговоренной стоимости лечения как в большую, так и в меньшую сторону.

Я разрешаю сообщать информацию, полученную от меня и связанную с моим стоматологическим состоянием третьим лицам, оплачивающим мое лечение, или другому врачу, а также персоналу клиники.

Меня уведомили, что рентгеновские снимки, сделанные в нашей клинике, являются неотъемлемой частью истории болезни и на руки не выдаются, что история болезни существует в единственном экземпляре и хранится в клинике.

Я понимаю, что я ответственен за оплату услуг, оказанных мне в Платном отделении ДСП №10 «Здоровые мать и дитя» в соответствии с прейскурантом клиники. Я внимательно ознакомился с прейскурантом клиники, с условиями гарантии на стоматологические услуги и согласен оплачивать все оказанные мне стоматологические услуги в соответствии с планом лечения по факту их оказания.

Я понимаю, что невозможно точно устанавливать сроки выполнения работ ввиду непредсказуемой реакции организма человека на проведение медицинского вмешательства и возможной необходимости изменения или коррекции первоначального плана лечения в процессе выполнения работ.

Меня уведомили, что клиника и ее персонал не несет ответственности за оказанные стоматологические услуги в следующих случаях:

- Предоставления услуг по требованию пациента, расходящемуся с предложенным врачом планом лечения, о чем делается соответствующая запись в истории болезни;
- Возникновения аллергических реакций у пациента, не отмечавшихся ранее;
- Осложнений, возникающих по причине неявки пациента в срок, указанный врачом или развившихся в связи с несоблюдением врачебных назначений и рекомендаций;
- Переделок и исправления работ в другом лечебном заведении;
- Ремонта, порчи и исправления работы самим пациентом;
- Истечения срока гарантии на оказанные услуги;

- Иных ситуаций, предусмотренных в условиях гарантии, действующих в нашей клинике.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным Приложением. Я удостоверяю, что моя подпись в конце документа означает согласие со всеми условиями, принятыми в Детской Стоматологической поликлинике №10 в отделении по оказанию платных медицинских услуг «Здоровые мать и дитя» и со всеми пунктами данного документа. Я даю свое согласие на проведение эндодонтического и терапевтического лечения зубов. Настоящее приложение является односторонним документом и неотъемлемой частью истории болезни.

Подпись пациента: _____ Расшифровка подписи: _____

Подпись доктора: _____ Расшифровка подписи: _____

Дата: « ____ » _____ 201 ____ г.

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

**Информированное согласие на проведение ортодонтического
медицинского вмешательства
в ГБУЗ ДСП №10 Отделение по оказанию платных услуг**

Я, _____,
обращаюсь в Детскую Стоматологическую поликлинику №10 в Отделение по оказанию платных медицинских услуг для проведения ортодонтического лечения дефектов зубных рядов и/или челюстей и ознакомлен(а) с возможным получением и объемом оказываемых стоматологических услуг в системе обязательного медицинского страхования (ОМС). Этот документ содержит также необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым лечением и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

Доктор поставил мне следующий
диагноз: _____

и обосновал необходимость проведения ортодонтического лечения. Я ознакомлен с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом лечения.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения, которые, в моем случае, будут иметь меньший клинический успех. Доктор понятно объяснил мне необходимость строго следовать рекомендациям, чтобы избежать возможных осложнений: кариеса вокруг брекетов, обострения заболеваний пародонта, поломки системы и травмирования слизистой оболочки полости рта, рецидива аномалии или деформации отдельных зубов или зубных рядов после снятия системы.

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

Я понимаю необходимость регулярных осмотров у доктора в течение лечения и по окончании, когда буду пользоваться ретенционным аппаратом.

Я понимаю значение гигиены полости рта при ортодонтическом лечении и обязуюсь выполнять все назначения. Мне были объяснены все возможные исходы ортодонтического лечения, а также альтернативные варианты. Я также имел возможность задавать все интересующие меня вопросы.

Я поставлен в известность о том, что в связи с наличием высокой степени риска возникновения осложнений в результате проведенного лечения, установление гарантийных сроков по данному виду работ возможно только в индивидуальном порядке.

Я понимаю, что ожидаемый результат может не совпадать с действительным результатом после проведения ортодонтического лечения.

Я даю разрешение делать инъекции, рентгеновские снимки, оттиски, диагностические модели, фотографии и проводить любые другие мероприятия, которые будут необходимы для постановки диагноза, а также для фиксации результатов медицинского вмешательства.

Я разрешаю использовать публично фотографии моих зубов и полости рта на условиях анонимности без указания моего имени и фамилии.

Я даю разрешение проводить необходимые лечебные мероприятия и использовать любого врача или ассистента, участие которого в моем лечении будет необходимо.

Я разрешаю сообщать информацию, полученную от меня и связанную с моим стоматологическим состоянием третьим лицам, оплачивающим мое лечение, или другому врачу, а также персоналу клиники.

Я понимаю, что невозможно точно устанавливать сроки выполнения работ ввиду непредсказуемой реакции организма человека на проведение медицинского вмешательства и возможной необходимости изменения или коррекции первоначального плана протезирования в процессе выполнения работ.

Я понимаю, что в связи с индивидуальной анатомией и реакцией организма возможно расхождение с первоначально определенным планом лечения и изменение ранее оговоренной стоимости лечения как в большую, так и в меньшую сторону.

Меня уведомили, что клиника и ее персонал не несет ответственности за качество предоставляемых услуг в следующих случаях:

1. Предоставления услуг по требованию пациента, расходящемуся с предложенным врачом планом протезирования, о чем делается соответствующая запись в истории болезни.
1. Возникновения аллергических реакций у пациента, не отмечавшихся ранее.
2. Осложнений, возникающих по причине неявки пациента в срок, указанный врачом или в связи с несоблюдением врачебных рекомендаций.
1. Переделок и исправления работ в другом лечебном заведении.
2. Ремонта, порчи и исправления работы самим пациентом.
3. Истечения срока гарантии на оказанные услуги.
4. Неудовлетворительного состояния гигиены полости рта.

Я внимательно ознакомился с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Я даю свое согласие на проведение ортодонтического лечения.

Настоящее приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Подпись пациента: _____ Расшифровка подписи: _____

Подпись врача: _____ Расшифровка подписи: _____

Дата: « ____ » _____ 201__ г.

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