



Утверждено директором
ИП «Клиника Доктора Бошанова»
« 17 » апреля 2025 года
Бошанов Д.Е.



ДОГОВОР
на оказание стоматологических услуг
(составлен согласно ст.387, ст.389 ГК РК)
(Типовая форма)

г. Астана

Настоящий договор на оказание стоматологических услуг является публичным договором и договором присоединения, который регулирует отношения между ИП «Клиника Доктора Бошанова», действующим на основании государственной лицензии №22000549 от 14.01.2022 года выданной ГУ «Управление Общественного здравоохранения города Астана» Акимата города Астана в лице директора Бошанова Д.Е., действующего на основании устава, в дальнейшем именуемое «Клиника с одной стороны», и пациентом, законным представителем, действующим в интересах пациента, в дальнейшем именуемые «Клиент» с другой стороны, совместно именуемые «Стороны».

СТАТЬЯ 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Клиника берет на себя обязательство оказать стоматологические услуги Клиенту, согласно перечню стоматологических услуг (работ), которые в дальнейшем именуются «услуги», а Клиент обязуется получить услуги Клиники и оплатить их на условиях настоящего Договора (далее - Договор).

1.2. Услуги включают в себя весь комплекс мероприятий по лечению по медицинским показаниям, в частности, терапевтическое (хирургическое, ортодонтическое) лечение или протезирование, а также применяемые Клиникой мероприятия по профилактике заболеваний зубов и десен, а также связанные с этим консультации.

1.3. Данный договор является Публичной офертой. К настоящему договору применяются условия ст.387 ГК РК (Публичный договор) и ст.389 ГК РК (Договор присоединения). Условия настоящего договора являются единственными для всех Клиентов Клиники.

1.4 **Акцептов оферты и фактом присоединения к настоящему Договору является подписанное Клиентом Заявление о присоединении к Договору.**

1.5. Присоединяясь к настоящему Договору, Клиент заранее соглашается со всеми информированными согласиями на каждый вид планируемого медицинского вмешательства в зависимости от диагноза и клинической ситуации:

- Приложение №1 к Договору - Форма-согласие на лечение глубокого кариеса с вероятностью перехода воспалительного кариозного процесса в пульпу зуба (пульпит);
- Приложение №2 к Договору - Информированное согласие на лечение без гарантии;
- Приложение №3 к Договору – Согласие на эндодонтическое лечение;
- Приложение №4 к Договору – Согласие на отбеливание зубов;
- Приложение №5 к Договору - Информированное согласие пациента на ортопедическое лечение;
- Приложение №6 к Договору – Информированное добровольное согласие на восстановительное ортопедическое лечение (керамические реставрации (вкладки, накладки))
- Приложение №7 к Договору Информированное согласие пациента на проведение стоматологического (терапевтического) лечения ребенка (до 18 лет)
- Приложение №8 к Договору Информированное согласие пациента на проведение стоматологического лечения ребенка (до 18 лет)
- Приложение №9 к Договору Информированное согласие пациента на проведения стоматологического (хирургического) лечения ребенку (до 18 лет)
- Приложение №10 к Договору - Информированное согласие на проведение процедуры стимуляции ауторегенерации ТАП.
- Приложение № 11 к Договору- Информированное согласие на проведение терапевтического лечения

- Приложение №12 к Договору - Информированное согласие пациента на проведения хирургического лечения
- Приложение № 13 к Договору - Согласие на операцию удаления зуба
- Приложение № 14 к Договору - Информационное согласие на дентальную имплантацию (имплантацию зубов)
- Приложение № 15 к Договору - Информированное согласие на проведение снятия зубных отложений
- Приложение № 16 к Договору - Информированное согласие на проведение анестезиологического пособия на проведения стоматологического лечения ребенку (до 18 лет)
- Приложение № 17 к Договору - Информированное согласие на проведение анестезиологического пособия на проведения стоматологического лечения ребенку
- Приложение № 18 к Договору - Согласие пациента при инвазивных вмешательствах
- Приложение № 19 к Договору – Согласие пациента на обработку персональных данных

СТАТЬЯ 2. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН

2.1. Клиника обязуется:

- 2.1.1. Осуществить в оговоренные с клиентом время и сроки обследование и осмотр Клиента для установления предварительного диагноза, объема необходимого лечения (протезирования) и исчерпывающе проинформировать Клиента о результатах обследования.
- 2.1.2. Детально разъяснить Клиенту, учитывая отсутствие у него специальных знаний, все особенности, свойства, характеристики, предполагаемый эстетичный вид, возможные осложнения, связанные с оказанием ему услуг.
- 2.1.3. Провести качественно, в соответствии с предварительным диагнозом, планом лечения и проведенными разъяснениями:
 - а) терапевтическое (хирургическое, ортодонтическое) лечение или протезирование по медицинским показаниям;
 - б) профессиональную профилактику полости рта;
 - в) обучение клиента гигиене полости рта;
- 2.1.4. При необходимости изменения плана лечения (протезирования), немедленно предупредить об этом Клиента для получения его согласия.
- 2.1.5. Своевременно информировать Клиента, что невыполнение указаний Врача и иных медицинских рекомендаций, в том числе:
 - а) несоблюдение гигиены полости рта,
 - б) использование зубов (имплантатов, протезов) для выполнения несвойственных для них функций,
 - в) пропуск профилактических посещений,
 - г) не сообщение сведений, необходимых для постановки правильного диагноза, а также для принятия врачом Клиники правильного решения о путях, методах и других условиях лечения или оказания иных услуг,
 - д) выбор Клиентом методов оказания услуги (выбора конструкции), не совпадающего с методами, предлагаемыми врачом Клиники,
 - е) игнорирование других рекомендаций врача Клиники, могут существенно снизить качество оказываемых услуг и срок службы соответствующего медицинского изделия (пломбы, протеза и др.);
- 2.1.6. Оказать Клиенту услуги в оговоренные сроки и с надлежащим качеством.
- 2.1.7. Объяснить Клиенту суть информированного согласия на каждый вид планируемого медицинского вмешательства (Приложение 1.5 к настоящему Договору).

2.2. Клиент обязуется:

- 2.2.1. Ознакомиться с прейскурантом цен перед посещением Клиники,
- 2.2.2. Выполнять все указания и рекомендации Врача и другого медицинского персонала, касающиеся оказываемых услуг и использования их результатов,
- 2.2.3. Предоставить информацию, необходимую для оказания услуг, и подтвердить свою ответственность за объективность и достоверность такой информации в анкете или формуляре, предложенных для заполнения Клиникой,
- 2.2.4. Являться на лечение строго в установленное время, согласованное с Врачом или менеджером. При невозможности своевременно явиться на прием в оговоренное время Клиент обязан предупредить об этом Клинику или менеджера не позднее, чем за 2 (два) часа до времени посещения,
- 2.2.5. Вести себя вежливо и соблюдать все правила, установленные в клинике;
- 2.2.6. Оплатить услуги Клиники в соответствии с прейскурантом цен на услуги в порядке и на условиях,

изложенных в Статье 4 настоящего Договора,

2.2.7. Когда это предусмотрено правилами - являться в сроки, отмеченные в амбулаторной карте Клиента, а также на необходимые профилактические осмотры не реже одного раза в 6 месяцев в течение гарантийного периода. При неявке Клиента в установленный срок на профилактический осмотр и в иных указанных в Договоре или амбулаторной карте случаях Клиент лишается прав, предоставленных ему Статьей 5 настоящего Договора.

2.2.8. В случае если Клиент обслуживается как застрахованный по договору добровольного медицинского страхования, Клиент обязан:

- а) сообщать Клинике размер остатка установленного Клиенту лимита обслуживания в стоматологических клиниках;
- б) предоставлять документы, подтверждающие его право на получение стоматологической помощи в рамках договора добровольного медицинского страхования, согласованные в договоре со страховой компанией;
- в) знать свою программу страхования и перечень покрываемых по ней услуг.

2.2.9. производить видеозапись или фото-видео фиксацию в клинике только с согласия руководителя клиники, в иных случаях Клиент не имеет права совершать видеозапись.

СТАТЬЯ 3. КАЧЕСТВО УСЛУГ

3.1. Клиника подтверждает, что качество оказываемых им услуг (выполняемых работ) и используемых для их выполнения материалов, соответствует всем требованиям и стандартам, установленным в Республике Казахстан.

СТАТЬЯ 4. ЦЕНА УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

4.1. Клиент производит оплату за каждый прием в соответствии с действующим прейскурантом согласно предоставленному наряду об оказанных услугах. В случае если Клиент обслуживается Клиникой, являясь застрахованным по договору добровольного медицинского страхования, тарифы на услуги для данного Клиента специально согласовываются Врачом и организацией, заключившей договор на обслуживание Клиентов по программе добровольного медицинского страхования.

4.2. Если иной порядок оплаты не будет согласован между Клиникой и Клиентом, Клиент оплачивает услуги согласно составленному наряду в день окончания оказания услуг согласно п. 4.1. настоящего Договора, за исключением:

4.2.1. ортопедических услуг (в том числе керамических вкладок), которые оплачиваются Клиентом в следующем порядке:

- 50% от стоимости услуги — в день первого посещения Клиники (Снятия слепков для изготовления зубных протезов);
- 50% от стоимости услуги — в день установки конструкции в полость рта.

4.2.2. услуг ортодонтии, которые оплачиваются в размере 100% от стоимости услуги в день установки Клиенту ортодонтической конструкции, если иное не предусмотрено договором рассрочки.

4.3. Если Клиент обслуживается Клиникой, являясь застрахованным по договору добровольного медицинского страхования, оплата услуг Клиники, оказанных Клиенту, осуществляется страховой Компанией, принявшей Клиента на добровольное медицинское страхование в пределах установленного для него лимита на оказание стоматологических услуг.

4.4. В случае недостаточности размера лимита (остатка средств в пределах лимита), установленного страховой компанией, или не покрытий программой страховой компании оказанных услуг, Клиент оплачивает услуги Клиники самостоятельно в соответствии с условиями, описанными в п.п. 4.1- 4.2. настоящего Договора.

4.5. В случае если Клиент оплачивает Клинике за услуги, посредством финансовых инструментов банков второго уровня (кредит, рассрочка и т.д) и в процессе оказания услуг Клиент в одностороннем порядке отказывается от дальнейшего получения услуги, то Клиника осуществляет возврат денежных средств Клиенту за минусом фактически понесенных ею расходов, в том числе расходов по партнерской оплате банку второго уровня за Клиента, согласно договорным отношениям между Клиникой и банком второго уровня.

СТАТЬЯ 5. ГАРАНТИЙНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА

5.1. При условии надлежащего соблюдения Клиентом всех рекомендаций и правил, изложенных в настоящем Договоре и других документах, с которыми Клиент ознакомился и на выполнение которых он дал свое согласие, Клиника гарантирует, что услуги будут оказаны качественно, и что используемые при их оказании изделия и материалы будут служить, отвечать своему назначению и выполнять свои функции в течение не менее

- 12 (двенадцати) месяцев на пломбы с момента установки пломбы с условием того, что Клиент будет посещать профилактические осмотры каждые 6 месяцев начиная с даты проведения лечения;

- 12 (двенадцати) месяцев на керамические вкладки с момента их фиксации в полости рта с условием того, что Клиент будет посещать профилактические осмотры каждые 6 месяцев начиная с даты проведения лечения;

- 12 (двенадцати) месяцев на пломбы при лечении молочных зубов с условием того, что Клиент будет посещать профилактические осмотры каждые 3 месяца начиная с даты проведения лечения;
- 12 (двенадцати) месяцев на ортопедические конструкции с момента их фиксации в полости рта с условием того, что Клиент будет посещать профилактические осмотры каждые 6 месяцев начиная с даты проведения лечения.
- 12 (двенадцати) месяцев на импланты с момента их установки в полости рта с условием того, что Пациент будет посещать профилактические осмотры каждые 6 месяцев и производить профессиональную чистку зубов на аппарате Air Flow начиная с даты проведения лечения;

5.2. Несмотря на изложенное в п. 5.1. настоящей Статьи, Клиент осознает и соглашается с тем, что изделия и материалы, использованные в процессе оказания услуги не могут быть более прочными, эффективными, удобными и долговечными, чем аналогичный им природный зубной или другой материал.

5.3. Клиент также принимает на себя всю ответственность за любое использование установленного ему изделия (протеза, пломбы или др.) не по его основному назначению, а также за несоблюдение требований и рекомендаций Врача и за все негативные последствия такого использования.

5.4. Гарантия на результаты оказанных услуг, предоставленная Клиенту в соответствии с п. 5.1. настоящей Статьи прекращается досрочно в случае, если при обращении Клиента по гарантии Клиника будет установлено любое из следующих обстоятельств:

- Клиент осуществлял терапевтические или иные процедуры в отношении того же объекта лечения в ином лечебном учреждении, вне зависимости от объемов полученных клиентом медицинских услуг в другом медицинском учреждении;
- что состояние изделия (протеза, пломбы или др.) ухудшилось вследствие несоблюдения или иного нарушения Клиентом предписаний и(или) рекомендаций Врача, допущенного им в течение гарантийного срока;
- что состояние изделия (протеза, пломбы или др.) ухудшилось по иным, не зависящим от Врача причинам, в частности, по причине перенесенных клиентом или продолжающихся протекать у Клиента заболеваний, в результате травм, физического повреждения, общего снижения состояния иммунной системы, или других подобных обстоятельств;
- что пациент не посещал обязательные профилактические осмотры более 6 месяцев.

5.5. Во всех случаях, указанных в п. 5.4. настоящей Статьи Клиент оплатит все лечебные мероприятия по ценам и тарифам, действующим на момент соответствующего обращения за медицинской помощью.

5.6. Гарантия не распространяется:

- а) при условии восстановления дефектов зубов, ранее леченных в других учреждениях по поводу осложненного кариеса.
- б) на прогрессирование или обострение воспаленного процесса в зубах, леченных по поводу осложненного кариеса.
- в) на прогрессирование воспалительного процесса при лечении глубокого кариеса;
- г) при отказе пациента от предложенного клиникой рационального плана лечения, с оговоркой всех последствий.

СТАТЬЯ 6. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

6.1. Клиент предупрежден и согласен с тем, что несмотря на высокий профессионализм и опыт Врача:

- после оказания услуг у него могут возникнуть некоторые неудобства и болезненные ощущения, которые не могут считаться недостатком услуги, так как являются неотъемлемой частью процесса адаптации организма, процесса заживления и процесса восстановления зубочелюстной системы;
- что требования клиента в отношении методов и способов лечения (протезирования или др. услуг), отличающиеся от методов и способов, предложенных Клиникой, могут ухудшить качество услуг или дают Клинике право отказаться от оказания услуг по настоящему Договору;
- что, успешный результат оказания услуг не может быть абсолютно гарантированным, поскольку он может зависеть от состояния здоровья и особенностей организма клиента, от степени переносимости тех или иных медицинских препаратов, показаний и противопоказаний, снижения иммунной защиты организма, перенесенных стрессов, неблагоприятного температурного воздействия, а также любых внешних факторов, способных повлечь за собой непредвиденные осложнения в процессе лечения (др. услуг) и по его (их) окончании.

6.2. В силу изложенного в п. 6.1., Клиент соглашается до начала оказания услуг и после того, как они будут оказаны, достоверно и своевременно информировать Врача о состоянии своего здоровья и перенесенных заболеваниях, а также всячески способствовать Врачу в установлении истинных причин, повлекших за собой ухудшение состояния объектов услуги (др. услуг).

6.3. В случае если в процессе оказания услуг станет ясным, что Врач не сможет обеспечить Клиенту успешный результат, Клиент будет немедленно уведомлен об этом Врачом. В таком случае Клиент будет вправе отказаться от дальнейшего получения услуги и возместит Врачу фактически понесенные им/ею расходы по оказанию Клиенту услуги до момента отказа.

СТАТЬЯ 7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания Клиникой и Клиентом, действует до момента окончания гарантийного срока на результаты оказанных услуг по настоящему Договору, установленного в п. 5.1. Действие Договора прекращается до истечения указанного срока в случаях, указанных в п. 5.4., или в других случаях, предусмотренных законодательством Республики Казахстан, или настоящим Договором.

7.2. Клиент имеет право расторгнуть договор в любое время, возместив при этом Врачу фактически оказанные услуги и убытки, причиненные расторжением Договора.

7.3. Клиника вправе в одностороннем порядке отказаться от Договора без обязательств по возмещению Клиенту любых убытков только в случае нарушения условий договора Клиентом либо в других случаях, указанных в Договоре.

СТАТЬЯ 8. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

8.1. В случае возникновения между Клиникой и Клиентом спора, он подлежит урегулированию путем непосредственных переговоров между Врачом (Клиникой) и Клиентом.

8.2. Если спор между Клиникой и Клиентом не будет урегулирован, он подлежит разрешению в порядке, предусмотренном действующим законодательством Республики Казахстан в суде на территории города Астана.

СТАТЬЯ 9. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

9.1. Присоединяясь к настоящему Договору, Клиент дает свое согласие на осуществление Клиникой фотографирования, видеосъемки с аудиозаписью и рентген процедур во время оказания услуг в целях контроля качества. При этом Клиника гарантирует конфиденциальность Клиента и защиту его в соответствии с Законом Республики Казахстан от 21 мая 2013 года No 94-V «О персональных данных и их защите».

9.2. Присоединяясь к настоящему Договору, Клиент дает согласие на сбор, систематизацию, накопление, хранение и обработку, в том числе автоматизированную, своих персональных данных Клиникой в соответствии с Законом РК "О персональных данных и их защите", а также информирование Клиента об услугах Клиники посредством телефонной, почтовой связи и электронной почты.





ФОРМА-СОГЛАСИЕ
на лечение глубокого кариеса с вероятностью перехода воспалительного кариозного процесса в пульпу зуба (пульпит).

Я проинформирован(-а) доктором о том, что мне показано и рекомендовано лечение зуба с диагнозом «глубокий кариес», доктор разъяснил мне рекомендованный метод лечения с целью сохранения жизнедеятельности пульпы, и последствия, которые могут наступить при отказе от лечения или невыполнении рекомендаций доктора после лечения. В частности, я предупрежден о том, что после проведенного лечения возможно ощущение дискомфорта, болевые ощущения, которые могут продолжаться от нескольких часов до нескольких дней, для устранения которых доктор назначит препараты, если сочтет это необходимым.

Я предупрежден(-а) так же о том, что в связи с глубоким распространением кариозного процесса, относительно пульповой камеры зуба, существует вероятность поражение тканей пульпы. В случае прогрессирования воспалительного процесса, я предупрежден, что необходимо будет произвести эндодонтическое лечение (удаление нервных окончаний) данного зуба. Симптомами прогрессирования процесса, свидетельствующего о наличии пульпита, являются, в большинстве случаев:

1. Появление сильных (чаще ночных) болей в зубе после лечения, которые со временем могут усиливаться.
2. Появление усиливающейся боли при накусывании (давлении) на данный зуб.
3. Обнаружение на рентген-снимке воспалительного процесса в периапикальных тканях данного зуба.

Мне разъяснено, что через 6 месяцев я должен прийти на повторный осмотр для того, чтобы доктор мог произвести визуальный контроль, оценить результаты лечения, скорректировать план лечения, и провести рентген-контроль зуба.

Я предупрежден о том, что при лечении глубокого кариеса гарантия Клиники не распространяется и не покрывает случаи прогрессирования пульпита или обострения воспалительного процесса в пульпе зуба, и при его появлении лечение корневых каналов будет проводиться за отдельную плату.

На все мои вопросы доктор ответил, и я полностью понимаю все, о чем сказано выше в этой согласительной форме.



Информированное согласие на лечение без гарантии.

Я полностью проинформирован доктором о моем заболевании, и я понимаю всю серьезность своего состояния. Мне был предложен план лечения, от которого я отказался(-ась). Я понимаю, что в результате отказа от предложенного оптимального плана лечения могут возникнуть осложнения, и что ожидаемый результат лечения, может быть, не достигнут.

Мне разъяснены все последствия, которые могут возникнуть в результате лечения, и я полностью согласен(-а) со всеми рисками. Клиника и ее сотрудники не несут ответственности за осложнения, которые могут возникнуть в будущем.

Я понимаю и согласен(-а), что на данный вид стоматологического лечения не действуют гарантийные обязательства, установленные договором на оказание стоматологических услуг.



СОГЛАСИЕ
на эндодонтическое лечение

Я проинформирован доктором стоматологической клиники ИП «Клиника Доктора Бошанова», что мне показано лечение корневых каналов зуба (ов).

Доктор разъяснил мне:

- ✓ Метод и способ выполнения предложенного лечения, преимущество лечения корневых каналов перед удалением и последствия, которые могут наступить при невыполнении лечения.
- ✓ Возможные осложнения под влиянием анестезии: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола, снижение внимания, аллергические реакции.
- ✓ Возможные осложнения: - определенный процент неэффективного эндодонтического лечения по причине его медицинской специфики, индивидуальных особенностей строения корневых каналов зубов у конкретного пациента и состояние его здоровья; перелечивание корневых каналов зубов через некоторое время или проведение хирургического вмешательства в районе тканей, окружающих зуб или даже удаление зуба; поломка инструмента (файла) внутри корневого канала и невозможность его извлечения.
- ✓ При перелечивании ранее запломбированных каналов зуба(ов) успех значительно снижается, что связано: с невозможностью (в некоторых случаях) удалить из корневого канала старую пломбу или металлический штифт; с сильной кальцификацией корневых каналов, что в некоторых случаях повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфорация, поломка инструмента); с искривлением корневых каналов.
- ✓ Возможные осложнения при перелечивании зуба, покрытого коронкой, но являющегося опорой для зубного протеза (съёмного или несъёмного): необходимость снятия несъёмного протеза, перелом зуба, что может привести к его удалению.

Мне разъяснили, что после лечение корневых каналов мой зуб будет более хрупким и его нужно будет защитить от перелома путем установления коронки (вкладки).

Мне названы и со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения, сроки проведения лечения, стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть.

Мне разъяснено, что при лечении корневых каналов гарантия не распространяется на прогрессирование или обострение воспалительного процесса.

Я понимаю, что через 6 месяцев я должен(на) прийти на повторный осмотр для того, чтобы доктор мог оценить результаты лечения корневых каналов.

На все мои вопросы доктор ответил, и я полностью понимаю все, о чем сказано в этой согласительной форме.



Согласие на отбеливание зубов

Я проинформирован (а) доктором стоматологической клиники ИП «Клиника Доктора Бошанова», что:

1. В основе технологии лежит применения геля с высоким содержанием перекиси карбамида. При его активации, выделяется активный кислород, разрушающий пигменты эмали. Я подтверждаю, что у меня отсутствует аллергия на этот ингредиент.
2. Я понимаю, что преимуществом клинического отбеливания, является то, что зубы могут быть отбелены относительно быстро простым способом.
3. Я осознаю, что риск заключается в продолжительном использовании раствора перекиси в течении длительного периода времени, что может привести к появлению чувствительности зубов, как в момент процедуры отбеливания, так и сохраниться после в течении не более недели.
4. Степень чувствительности у всех пациентов индивидуальна, и доктор не может это предсказать
5. Если в процессе отбеливания появилась чувствительность зубов необходимо наложить десенсебилизирующую зубную пасту (Sensitive) или патентованный десенсебилизирующий агент/фторсодержащий гель в капшу и надеть капшу на ночь.
6. Долговременные эффекты лечения еще не известны, у каждого пациента они индивидуальны.
7. Степень отбеливания индивидуальна, доктор не может предсказать конечный результат отбеливания. При неудовлетворенности результатом я не буду предъявлять претензии доктору или клинике.
8. Рекомендуется не курить в течении курса отбеливающего лечения, по крайней мере, 3-4 недели;
9. Я понимаю, что нельзя использовать отбеливающее лечение, если вы беременны или кормите грудью. Побочные эффекты не отмечались, но результаты длительных клинических исследований не известны.

Я согласен(на) на лечение и беру на себя ответственность за все риски, описанные выше.

Я согласен(на) на фотографирование и понимаю, что фотографии могут быть использованы для документирования или иллюстрации моего лечения.



Согласие на ортопедическое лечение

Даю согласие на ортопедическое стоматологическое лечение с применением местной инъекционной анестезии, в соответствии с планом лечения в ИП «Клиника Доктора Бошанова».

1. Меня информировали о цели и характере предполагаемого лечения, существующих способах и методах лечения.
2. Со мной согласована предварительная стоимость лечения, которая может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть.
3. Я предупрежден (а) о возможности коррекции намеченного плана лечения и его стоимости в зависимости от ситуации, складывающейся в процессе его реализации, о чем меня своевременно предупредит лечащий врач.
4. Понимая сущность предложенного ортопедического лечения и уникальность собственного организма, я согласен (согласна) с тем, что никто не может предсказать стабильность достигнутых результатов в долгосрочной перспективе. Я понимаю, что мне гарантировано, что все необходимые и согласованные со мной манипуляции будут выполнены в соответствии с существующими стандартами и требованиями.
5. Меня проинформировали, что зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается иволютивному развитию (как при наличии протеза, так и без него), которое проявляется в рецессии (убыли) десны, атрофии костной ткани челюсти, стираемости твердой ткани зубов в связи с чем, периодически, возникает необходимость коррекции или переделки протеза. Также возможна расцементировка протеза.
6. Я осознаю и согласен(а) с тем, что изготовленные зубные протезы не могут точно повторять анатомическую форму и положение в зубном ряду удаленных ранее зубов, т.к. произошедшие анатомические изменения в альвеолярном отростке не позволяют достичь желаемого результата.
7. Я понимаю, что привыкание к зубным протезам происходит постепенно. После протезирования наступает период адаптации, который длится от одной недели до полугода. Протезам нужно пользоваться аккуратно и бережно. После постановки протеза нужно явиться на коррекцию и проф.осмотр не менее 3-х раз.
8. Я информирован (а) о том, что при неустраиваемости пациентом ортопедической конструкции сроком свыше 3 месяцев Клиника не несет ответственности за качество протеза (соответствие его протезному ложу через данный промежуток времени) и их сохранность. Данный протез будет переделываться за счет средств Пациента.
9. Я понимаю необходимость соблюдения тщательной гигиены полости рта, регулярных контрольных осмотров у врача и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, установленному для меня) и выполнять все рекомендации по гигиеническому уходу за зубами и протезами.
10. Меня информировали, что общий гарантийный срок на ортопедическую работу составляет 12 месяцев. Гарантия на ортопедические работы не распространяется; на втулки (матрицы) и перебазировку протеза; на ремонт зубных протезов, выполненных за пределами гарантийного срока, а также на любой ремонт протезов, изготовленных в других клиниках; при естественном износе матриц замковых съемных протезов; на установку временных ортопедических конструкций; наличие подвижности зубов. Если по вине Пациента временные конструкции не заменены на постоянные; при наличии сопутствующего заболевания: пародонтит, пародонтоз; Мне известно, что действие гарантии прекращается: в случае отказа пациента от завершения согласованного плана лечения; при несоблюдении рекомендаций врача; при несоблюдении гигиены полости рта; при неявке на очередной профосмотр и отказе от санации полости рта; при одновременном стоматологическом лечении в другой клинике; при снижении иммунологической реактивности организма Пациента.
11. Мне известно, что момента сдачи ортопедической конструкции я имею право требовать переделки или корректировки работы.
12. Мне известно, эстетические конструкции, такие как виниры и безметалловые коронки не фиксируются на временный цемент. В момент фиксации работы я полностью согласен с формой и цветом конструкции. Данные конструкции после фиксации не подлежат коррекции и переделке.
13. Я проинформирован(а), что после постоянной фиксации любой конструкции ее коррекция не возможна, я подтверждаю, что, изготовленная конструкция меня устраивает и никаких претензий я не имею
14. Я проинформировал(а) врача о всех случаях аллергии к лекарственным и другим средствам прошлым и настоящим временем. Я сообщил(а) врачу о всех имеющихся у меня заболеваниях и несу ответственность за

негативные последствия, вызванные предоставлением не полной/не достоверной информацией о моем состоянии здоровья.

15. Я подтверждаю, что имел(а) возможность задать все интересующие вопросы касательно моего заболевания и его лечения и я получил(а) на них полные и понятные ответы.

16. Я подтверждаю, что у меня была полная возможность прочитать вышеизложенное, и мне полностью понятен каждый пункт данного документа.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be "L. G. G. G.", located in the bottom right corner of the page.



Приложение №6 к Договору на оказание стоматологических услуг

**Информированное добровольное согласие на восстановительное ортопедическое лечение
(керамические реставрации (вкладки, накладки))**

Я подтверждаю, что доктор разъяснил(а) мне метод и этапы выполнения предложенного лечения.

Мне разъяснено, что восстановительное ортопедическое лечение своей целью имеет реставрацию зуба путем изготовления зубного протеза, обеспечивающего восстановление анатомической формы зуба с учетом его цвета и оттенков, а также адекватное распределение нагрузки за счет восстановления контактов с зубами-антагонистами.

Керамические реставрации — это ортопедическая конструкция, изготовленная в зуботехнической лаборатории и фиксируемая в препарированной полости зуба специальным затвердевающим веществом, обеспечивающая восстановление коронковой (наддесневой) части зуба. Во время первого визита - тщательно очищается зуб от поврежденной ткани под местной анестезией, чтобы подготовить его к дальнейшей реставрации. Снимаются слепки. Во время второго визита — специалист устанавливает вам керамическую реставрацию. А именно производит ее фиксацию с помощью эстетического композита.

Я согласен(а), что изготовление керамической реставрации займет несколько дней.

Я согласен(а) с тем, что в некоторых случаях, изготовление керамической реставрации может быть дольше, по причине переделки керамической реставрации в случае, если она по каким-либо причинам не соответствует клиническим требованиям.

Я информирован(а) о том, что затягивать с наложением керамических реставрации нельзя, так как временные пломбы не могут долго выполнять их функции. Это может привести к заболеваниям нервов подготовленных зубов, заболеваниям десен, проблемам с моим прикусом.

Я информирован(а), что альтернативными методами лечения являются восстановление разрушенного зуба пломбами (с укрепляющими штифтами и без), коронками, удаление зуба или отсутствие лечения вообще.

Я предупрежден(а) о следующих независимых от доктора и клиники возможных последствиях и осложнениях после проведенного медицинского вмешательства: индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, чувство жжения, болезненность, дискомфорт. Также возможна повышенная чувствительность зубов после их шлифовки, проходящая через некоторое время.

Доктор предупредил(а), что в некоторых случаях с очень глубокими поражениями при удалении омертвевших тканей зуба из кариозной полости может обнажиться хронический воспаленный процесс в нерве зуба. В этом случае, если доктор примут решение об удалении нерва и лечении корневых каналов, то я соглашусь на эндодонтическое лечение.

Я проинформирован о том, что по данным научной литературы патологические изменения в нерве зуба появляются уже тогда, когда кариес зуба /еще находится в стадии пятна, поэтому нет никакой гарантии в том, что этот зуб больше никогда в моей жизни не заболит. Это редкое осложнение, но при его появлении я соглашусь на эндодонтическое лечение за отдельную плату.

Доктор проинформирован меня о том, что все мои желания по поводу размера, цвета и формы моих керамических реставрации я должен буду высказать до вклеивания их в зубы, потому что после постоянной их фиксации изменить что-либо будет невозможно (за исключением окончательной подгонки прикуса).

Доктор разъяснил мне, как ухаживать за зубами с реставрацией, и я понимаю, что через 6 месяцев я должен прийти на повторный осмотр для того, чтобы доктор мог оценить результаты реставрации. Гарантия будет действительна, в том случае, если я буду приходить на профилактические осмотры каждые 6 месяцев.

Также я предупрежден(а) о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача после проведенного лечения. Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении данного медицинского вмешательства



Приложение №7 к Договору на оказание стоматологических услуг

**Информированное согласие пациента
на проведение стоматологического (терапевтического) лечения ребенка (до 18 лет)**

Я, законный представитель пациента (ребенка), находясь в стоматологической клинике ИП «Клиника Доктора Бошанова», даю свое согласие на проведение моему ребенку, законным представителем которого я являюсь: следующей процедуры: **стоматологическое терапевтическое лечение зубов и слизистой полости рта, лечение кариеса (поверхностный, средний, глубокий), некариозные поражения зубов, лечение осложненного кариеса (пульпит, периодонтит) различными методами, в том числе эндолечение, заболевания слизистой полости рта и т.д.**

Я, являюсь законным представителем ребенка проинформирован(а) о состоянии здоровья ребенка и поставленном ему диагнозе.

Я получил(а) от сотрудников стоматологической клиники ИП «Клиника Доктора Бошанова», полную информацию о возможности и условиях предоставления медицинских услуг и даю согласие на оказания медицинских услуг моему ребенку.

Я понимаю, что при данной клинической ситуации очень сложно поставить точный диагноз (степень поражения зуба) и спланировать соответствующее лечение, не прибегая к вмешательству, в связи, с чем в ходе лечения возможно уточнение диагноза и коррекция намеченного плана лечения, о чем меня уведомит лечащий врач. Окончательно решение по плану лечения врач может принять только после того, как проведет удаление всех пораженных кариесом тканей зуба (зубов).

Я соглашаюсь с тем, что врач не может предсказать эмоциональную реакцию ребенка на выполнение манипуляций при лечении зубов в связи с индивидуальной переносимостью манипуляций у каждого ребенка, психо-эмоциональным состоянием, поэтому невозможно точно предсказать длительность лечения, количество необходимых посещений, возможность завершения планируемого этапа лечения во время текущего посещения.

Я согласен с тем, что стоматологическая клиника ИП «Клиника Доктора Бошанова», вправе в любой момент отказаться от лечения моего ребенка в случае, если его эмоциональное состояние и/или поведение будут создавать угрозу причинения вреда его здоровью, или сделают невозможным надлежащее оказание медицинской услуги.

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

Я соглашаюсь с возможностью возникновения нижеперечисленных осложнений, которые могут произойти во время и после лечения:

- 1) Определенный процент (5-10%) неэффективного лечения молочных зубов по причине его анатомофизиологической специфики, а также индивидуальных особенностей молочных зубов у конкретного пациента и состояние его здоровья;
- 2) После лечения зуба по среднеглубокому или глубокому кариесу возможно появление болевых ощущений, при нарастании которых врач вынужден, будет провести эндодонтическое лечение (лечение каналов корней зуба) за отдельную плату.
- 3) обострение заболевания может возникнуть и в более отдаленные сроки, так же может быть выявлено при профилактическом осмотре пациента и это тоже приведет к эндодонтическому лечению; оплата за данные манипуляции проводится по прейскуранту, действующему на день оказания услуг.
- 4) при эндодонтическом вмешательстве возможно появление болевых ощущений в зубе при надкусывании и жевании;
- 5) при лечении периодонтитов молочных зубов может возникнуть обострение процесса – на данное лечение гарантия не распространяется
- 6) после лечения может возникнуть патологическая резорбция корней молочного зуба, что может привести к удалению данного зуба.
- 7) при серебрении цвет зуба (зубов) изменяется (темнеет) и сохраняется вплоть до замещения постоянными зубами;

Лечащим врачом мне разъяснено, что кариес-это патологический процесс, развивающийся после прорезывания зубов и проявляющийся деминерализацией и размягчением твердых тканей зубов (эмали и дентина) с последующим образованием полости, а также мне даны разъяснения о конкретной разновидности диагностированного у меня заболевания (необходимое отметить):

Кариес эмали – на зубе произошло помутнение эмали, видимых разрушений нет.

Кариес дентина – поражены ткани эмали и дентина.

Кариес цемента – почти полное разрушение зуба.

Врачом мне было разъяснено и понятно, что с учетом диагноза моего заболевания лечение кариеса будет включать в себя следующие этапы:

1. Обезболивание. Анестезия необходима для безболезненного высверливания кариозных тканей в случае, если зуб живой.
2. Высверливание кариозных тканей – очищение от некротизированного дентина и эмали с помощью сверления, формирование стенок и дна для наложения пломбы.
3. Изоляция зуба от слюны с применением ватных и марлевых шариков или применение коффердама (тонкий «платок» из латекса, в котором делаются отверстия для зубов)
4. Медикаментозная обработка кариозной полости – сформированная в процессе удаления кариозных тканей полость в зубе обрабатывается антисептиками.
5. Восстановление контактного пункта между зубами – если кариес лечится на контактной (межзубной) поверхности зуба, то необходимо также восстанавливать боковую стенку зуба, добавляется еще один этап – установка специальных приспособлений для восстановления боковой стенки зуба.
6. Пломбирование. Восстановление форма зуба, его эстетики, а также восстановление жевательной эффективности. Используются фотополимерные композитные материалы или (указать иное) пломбировочный материал светового отверждения
7. Шлифовка и полировка зуба придает пломбе блеск и эстетику сравнимую с эстетикой эмали зуба.
8. Гарантия предоставляется при условии посещения стоматолога каждые три месяца на 1 год.

Мне доведена информация, что абсолютными противопоказаниями для лечения моего заболевания являются: неблагоприятный аллергический статус на применяемые пломбировочные средства; кариозные зубы с сопутствующей патологией пародонта, не подлежащей консервативному лечению; кариозные зубы, подлежащие удалению по ортопедическим или ортодонтическим показаниям; неблагоприятное общее или психическое состояние пациента. Относительным показаниями являются: патология прикуса; патологическая стираемость при плоскостной форме кариеса; несоблюдение пациентом гигиены полости рта; опухолевидные или воспалительные образования в полости рта.

Я понимаю, что после проведения анестезии ребенок какое-то время не чувствует губу, что может привести к ее накусыванию.

Я проинформирован(на) что необходимо контролировать моего ребенка после лечения, для предотвращения данного осложнения.

Я понимаю необходимость рентгеновской диагностики и контроля качества лечения.

Я согласен(на), что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения, при лечении осложненной формы кариеса и соглашаюсь на то, что после лечения вероятен риск появления осложнения в виде пульпита и периодонтита.

Я понимаю, что положительный результат лечения заболевания молочных зубов не гарантирован, однако мне гарантированно проведение лечения ребенка специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я ознакомлен(а) со стоимостью лечения, у меня была возможность задать все интересующие меня вопросы по технологиям лечения и по стоимости лечения.

Понимая сложность предстоящего лечения, я обязуюсь приводить ребенка на контрольные осмотры и следить за соблюдением ребенком (непосредственно выполнять) гигиенических процедур в полости рта.

Я предупрежден (а) о следующих возможных последствиях и осложнениях проведенного медицинского вмешательства, не являющимся дефектами оказания медицинской помощи: рецидивирующий, или вторичный, кариес (формирование кариозной полости рядом с пломбой); воспаление пульпы, выпадение пломбы, несоответствие пломбы цвету эмали.

Мной заданы все интересующие вопросы, получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них, понятны все слова и медицинские термины, использующиеся в настоящем документе.

Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов, я и мой ребенок должны исполнять все назначения, рекомендации и советы специалистов стоматологической клиники «».

Будучи предупрежденным(ой) и информированным(ой) обо всем вышеизложенном, я полностью сознаю, что медицинское вмешательство показано по состоянию здоровья моего ребенка, в связи с этим я добровольно и вполне осознанно даю согласие на оказание ему стоматологической помощи, включая метод обезболивания: местную инфильтрационную анестезию.

Данное информированное согласие является неотъемлемой частью Договора об оказании стоматологических услуг.



Информированное согласие пациента на проведение стоматологического лечения ребенка (до 18 лет)

Я ознакомился(-сь) с планом проведения лечебных мероприятий, оказываемых моему ребенку. Мне были объяснены возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению.

Я также имел(-а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(-а) на них понятные и исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение всех медицинских терминов.

Я был(-а) проинформирован(-а) в беседе с врачом о способе, назначении и течении предстоящих врачебных вмешательств (мероприятий) ребенку понятным для меня образом. Я получил(-а) информацию о важных преимуществах и недостатках предстоящих мероприятий и возможные последствия при их невыполнении и откладывании. Также мне были разъяснены цели и воздействия предстоящей анестезии (обезболивания), оказываемой моему ребенку.

Мне известно, что медицинская деятельность отнесена к категории опасных, что может быть связано как с состоянием организма пациента, так и с лекарственными препаратами, индивидуальная переносимость которых не регламентирована какими-либо документами. Мне известно, что лечащий врач работает по технологиям, утвержденным Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан, и гарантирует четкое выполнение этих технологий.

Я утверждаю, что назвал(-а) все жалобы ребенка, все отклонения от нормы, наличие хронических, сопутствующих заболеваний (сахарный диабет и другие эндокринные патологии, гипертоническая болезнь, перенесенный инсульт, инфаркт и наличие других сердечно-сосудистых заболеваний, неврологические заболевания, отягощенный анамнез, аллергические реакции).

Мне разъяснено, что в связи с запущенностью процесса, снижением иммунитета, а также с вирулентностью (силой) инфекции, вызвавшей разрушение зуба или воспаление в около зубных тканях, возможны следующие осложнения: воспаление прилегающих мягких тканей, которое может распространяться на соседние области головы и шеи, на костную ткань челюсти, кровотечение и раны (связанные также со снижением свертываемости крови, с повышенным давлением и др.).

Я понимаю, что несу ответственность за оплату услуг, оказанных ребенку в лечебном заведении, в соответствии с прейскурантом и согласен(-а) оплачивать все оказанные ребенку стоматологические услуги в соответствии с планом лечения по факту их оказания.

Меня уведомили, что лечебное заведение и его персонал не несет ответственности за оказанные услуги в следующих случаях:

1. Предоставление услуг по требованию пациента, расходящихся с предложенным врачом планом лечения, о чем делается соответствующая запись.
2. Возникновения аллергических реакций у пациента, не отмечавшихся ранее.
3. Осложнения, возникающие по причине неявки пациента в срок, указанный врачом или в связи с несоблюдением врачебных рекомендаций.
4. Переделки и исправления работ в другом лечебном заведении.
5. Истечение срока гарантии на оказанные услуги **(если гарантия на данную услугу имеется)**

С прейскурантом цен ознакомлен(-а).

После положенного разъяснения я выражаю свое согласие предстоящим вмешательствам, включая обезболивание (местную, в том числе проводниковую анестезию).

Мне известно, что до начала терапевтического вмешательства я могу отказаться от его проведения. Я внимательно ознакомился(-сь) с данным документом и понимаю, что данное соглашение является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Текст информированного согласия на проведение терапевтического лечения составлен по желанию сторон на русском языке.

Я подтверждаю свое согласие на проведение ребенку стоматологического терапевтического лечения.



Информированное согласие пациента на проведения стоматологического (хирургического) лечения ребенку (до 18 лет)

Я, находясь в стоматологической клинике ИП «Клиника Доктора Бошанова», даю свое согласие на проведение моему ребенку, законным представителем которого я являюсь: следующей процедуры: **стоматологические хирургические манипуляции в полости рта ребенку (до 18 лет), френулотомия, френулоэктомия, вестибулопластика, пластика эпителиальных тяжей, гингивотомия, гингивоэктомия, гингивопластика, пластика мягких тканей, резекция верхушки корня, периостотомия, перикоронаротомия - иссечение капюшона, пластика ороантрального соустья, цистотомия, цистэктомия, гемисекция, удлинение клинической коронки, устранение рецессий, лечение заболевания слизистой полости рта и т.д.**

Я, был(-а) проинформирован(-а) в беседе с врачом о способе, назначении и течении предстоящих врачебных вмешательств (мероприятий, операций) ребенку понятным для меня образом.

Я получил(-а) информацию о важных преимуществах и недостатках предстоящих мероприятий и возможные последствия при их невыполнении и откладывании. Также мне были разъяснены цели и воздействия предстоящей анестезии (обезболивания), оказываемой моему ребенку.

Мне известно, что медицинская деятельность отнесена к категории опасных, что может быть связано как с состоянием организма пациента, так и с лекарственными препаратами, индивидуальная переносимость которых не регламентирована какими-либо документами.

Мне известно, лечащий врач работает по технологиям, утвержденным Министерством здравоохранения и социального развития Республики Казахстан, и гарантирует четкое выполнение этих технологий.

На свои вопросы я получил(-а) понятные ответы, при этом я имел(-а) возможность высказать особые вопросы и обсудить проблемы.

Мне объяснено, что по обстоятельствам только после вмешательства будет выяснена необходимость продолжения или окончания запланированного мероприятия.

Я утверждаю, что назвал(-а) все жалобы ребенка, все отклонения от нормы, наличие хронических, сопутствующих заболеваний (сахарный диабет и другие эндокринные патологии, гипертоническая болезнь, перенесенный инсульт, инфаркт и наличие других сердечно-сосудистых заболеваний, неврологические заболевания, отягощенный анамнез, аллергические реакции).

Мне разъяснено, что в связи с запущенностью процесса, снижением иммунитета, а также с вирулентностью (силой) инфекции, вызвавшей разрушение зуба или воспаление в околозубных тканях, возможны следующие осложнения: воспаление лунки удаленного зуба, воспаление прилегающих мягких тканей, которое может распространяться на соседние области головы и шеи, на костную ткань челюсти, кровотечение и раны (связанные также со снижением свертываемости крови, с повышенным давлением и др.), также возможен перелом корня зуба, перфорация гайморовой пазухи из-за нахождения корней верхних зубов в пазухе или когда костная прослойка между дном гайморовой пазухи и корнями верхних зубов разрушен воспалительным процессом на корнях, что может потребовать дополнительных вмешательств.

Я обязуюсь аккуратно выполнять все рекомендации, назначенные ребенку врачом после стоматологического хирургического лечения.

С прейскурантом цен ознакомлен(-а).

После положенного разъяснения я выражаю свое согласие предстоящим вмешательствам, включая обезболивание (местную, в том числе проводниковую анестезию).

Мне известно, что до начала хирургического вмешательства я могу отказаться от его проведения.

Я внимательно ознакомился(-сь) с данным документом и понимаю, что данное соглашения является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Текст информированного согласия на проведение хирургического лечения составлен по желанию сторон на русском языке.

Я подтверждаю свое согласие на проведение ребенку стоматологического хирургического лечения.



Приложение №10 к Договору на оказание стоматологических услуг

Информированное согласие на проведение процедуры стимуляции ауторегенерации ТАП

Я, доверяю проведение процедуры стимуляции ауторегенерации тромбоцитарной аутоплазмы врачу-стоматологу стоматологической клиники ИП «Клиника Доктора Бошанова».

Стимуляции ауторегенерации тромбоцитарной аутоплазмы представляет собой процедуру введения ТАП, полученной из крови самого пациента, в зону, подлежащую лечению.

Процедура проводится под местной анестезией. Стимуляции ауторегенерации с использованием тромбоцитарной аутоплазмы – это безопасная и эффективная процедура, предназначенная для ускоренного полноценного восстановления тканей организма.

Лечащий врач подробно ознакомил меня с показаниями к применению процедуры стимуляции ауторегенерации тромбоцитарной аутоплазмы и с ходом самой процедуры. У меня была возможность получить исчерпывающую информацию в ответ на интересующие меня вопросы. Моё внимание было обращено на то, что после проведения процедуры могут появиться временные реакции, типичные для самой процедуры инъекции: эритема в течении нескольких часов или дней болезненность и гематомы в местах инъекции. Как правило, при правильном выполнении рекомендаций врача осложнения отсутствуют.

Лечащий врач также проинформировал меня о том, что в зависимости от показаний, мне придется пройти курс процедур для достижения желаемого результата.

Мною дана достаточная информация по состоянию моего здоровья. Мне рекомендовано не употреблять алкоголь за сутки до проведения процедуры и сутки после неё и соблюдать все назначения врача.

Я подтверждаю, что не нахожусь в состоянии беременности и/или лактации. Не имею аллергии на гепарин, отсутствует аутоиммунные онкологические, гематологические и иммунодефицитные состояния, не применяю глюкокортикостероидные препараты, не имею склонности к образованию келоидных рубцов. В ином случае, после полученных от врача разъяснений, я отвечаю за все последствия.

Для выявления инфекционных и воспалительных заболеваний мне рекомендовано сдать/приложить общий анализ крови.



Приложение № 11 к Договору на оказание стоматологических услуг

Информированное согласие на проведение терапевтического лечения

Я, находясь в стоматологической клинике ИП «Клиника Доктора Бошанова», даю свое согласие на проведение мне/лицу, законным представителем которого я являюсь, следующей процедуры: **терапевтическое лечение зубов и слизистой полости рта, лечение кариеса (поверхностный, средний, глубокий), некариозные поражения зубов, лечение осложненного кариеса (пульпит, периодонтит) различными методами, в том числе эндолечение, заболевания слизистой полости рта и т.д.**

Я, получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и понимаю, что очень сложно поставить точный диагноз и спланировать соответствующее лечение, не прибегая к медицинскому вмешательству.

Окончательное решение по плану лечения врач может принять только после того, как вскроет полость и удалит все патологические ткани из полости зуба. При этом возможны два варианта лечения:

1. наложение лечебной прокладки с последующим пломбированием зуба (1-2 посещения);
2. лечение корневых каналов с последующим пломбированием – эндодонтическое (2-4 посещения).

Я понимаю, что стоимость лечения зависит от того, какой вариант лечения будет необходим.

Я осведомлен(а) о последствиях отказа от данного лечения, об альтернативных методах лечения и о всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время и после лечения, в т.ч:

1. после лечения с наложением лечебной прокладки возможно проявление болевых ощущений, при нарастании которых врач вынужден произвести эндодонтическое лечение;
2. обострение заболевания может возникнуть и в более отдаленные сроки, и это тоже приведет к эндодонтическому лечению.

Я понимаю необходимость рентгенологического контроля во время лечения и даю свое согласие на его проведение.

Я информирован(а) о возможных альтернативных вариантах лечения, а именно удаление пораженного зуба, или не проведение лечение как такового.

В случае эндодонтического лечения могут возникнуть следующие осложнения:

- Ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего доктор назначит лекарственные препараты, если сочтет это нужным.
- Отечность десны в области леченого зуба или лица после лечения, которые могут сохраняться в течение нескольких дней или больше.
- Тризм (ограниченное открывание рта), который обычно длится несколько дней, но может и дольше.
- В случае недостижения положительного результата вследствие прогрессирования инфекционного процесса (очага) может потребоваться повторное лечение, хирургическое вмешательство в области верхушки корня или удаление зуба.
- Переломы инструментов во время лечения корневого канала, связанные с анатомическими особенностями пациента, которые (по усмотрению врача) могут быть оставлены в леченом канале или может потребоваться их хирургическое удаление.
- Перфорация корневого канала, возникшая при распломбировке ранее леченого канала зуба или лечении патологически измененного канала, что может потребовать дополнительной хирургической коррекции или привести к преждевременной утрате зуба или удалению.
- Преждевременная утрата зуба вследствие прогрессирующего заболевания пародонта.

Я понимаю, что после лечения корневых каналов мой зуб будет более хрупким и, по усмотрению лечащего врача, его нужно будет защитить от перелома путем установления коронки (вкладки).

Я понимаю, что обязан являться на назначенный контрольный осмотр в назначенное врачом время.

При лечении каналов результат не гарантирован, однако гарантировано проведения лечения специалистом соответствующей квалификации, применением им качественных материалов и инструментов и соблюдение методик.

Я информирован(а) о возможных альтернативных вариантах лечения, а именно удаление пораженного зуба, или не проведение лечение как такового.

Я получил исчерпывающую информацию по предлагаемому лечению



Информированное согласие пациента на проведения хирургического лечения

Я, пациент/законный представитель, находясь в стоматологической клинике ИП «Клиника Доктора Бошанова», даю свое согласие на проведение мне/лицу, законным представителем которого я являюсь: следующей процедуры: **стоматологические хирургические манипуляции в полости рта, френулотомия, френулоэктомия, вестибулопластика, пластика эпителиальных тяжей, гингивотомия, гингивоэктомия, гингивопластика, пластика мягких тканей, резекция верхушки корня, периостотомия, перикоронаротомия - иссечение капюшона, пластика ороантрального соустья, цистотомия, цистэктомия, гемисекция, удлинение клинической коронки, устранение рецессий, лечение заболевания слизистой полости рта и т.д.**

Я, был(-а) проинформирован(-а) в беседе с врачом о способе, назначении и течении предстоящих врачебных вмешательств (мероприятий, операций) понятным для меня образом.

Я получил(-а) информацию о важных преимуществах и недостатках предстоящих мероприятий и возможные последствия при их невыполнении и откладывании. Также мне были разъяснены цели и воздействия предстоящей анестезии (обезболивания).

Мне известно, что медицинская деятельность отнесена к категории опасных, что может быть связано как с состоянием организма пациента, так и с лекарственными препаратами, индивидуальная переносимость которых не регламентирована какими-либо документами. Мне известно, что мой лечащий врач работает по технологиям, утвержденным Министерством здравоохранения Республики Казахстан, и гарантирует четкое выполнение этих технологий.

На свои вопросы я получил(-а) понятные ответы, при этом я имел(-а) возможность высказать особые вопросы и обсудить проблемы. Мне объяснено, что по обстоятельствам только после вмешательства будет выяснена необходимость продолжения или окончания запланированного мероприятия.

Я утверждаю, что назвал(-а) все, на что жалуясь, все отклонения от нормы, наличие хронических, сопутствующих заболеваний (сахарный диабет и другие эндокринные патологии, гипертоническая болезнь, перенесенный инсульт, инфаркт и наличие других сердечно-сосудистых заболеваний, неврологические заболевания, отягощенный анамнез, аллергические реакции).

Мне разъяснено, что в связи с запущенностью процесса, снижением иммунитета, а также с вирулентностью (силой) инфекции, вызвавшей разрушение зуба или воспаление в околозубных тканях, возможны следующие осложнения: воспаление лунки удаленного зуба, воспаление прилегающих мягких тканей, которое может распространяться на соседние области головы и шеи, на костную ткань челюсти, кровотечение и раны (связанные также со снижением свертываемости крови, с повышенным давлением и др.), также возможен перелом корня зуба, перфорация гайморовой пазухи из-за нахождения корней верхних зубов в пазухе или когда костная прослойка между дном гайморовой пазухи и корнями верхних зубов разрушен воспалительным процессом на корнях, что может потребовать дополнительных вмешательств.

Я обязуюсь аккуратно выполнять все рекомендации, данные мне врачом после удаления или операции.

С прейскурантом цен ознакомлен(-а).

После положенного разъяснения я выражаю свое согласие предстоящим вмешательствам, включая обезболивание (местную, в том числе проводниковую анестезию).

Мне известно, что до начала хирургического вмешательства я могу отказаться от его проведения. Я внимательно ознакомился(-сь) с данным документом и понимаю, что данное соглашение является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Текст информированного согласия на проведение хирургического лечения составлен по желанию сторон на русском языке.

Я подтверждаю свое согласие на проведение мне стоматологического хирургического лечения.



Согласие на операцию удаление зуба

Я, подтверждаю, что доктор разъяснил(а) мне и подробно объяснил о необходимости проведения операции по удалению зуба, и/или резекции верхушки корня зуба, включая информацию о вероятных результатах и рисках операции, а также о других возможных в данном случае вариантах лечения, включая все исходы и риски, которые связаны с каждым из них, я даю свое согласие на проведение вышеуказанной операции (далее «основная операция») в ИП «Клиника Доктора Бошанова».

Я согласен(а) на удаление зубов, и/или резекции верхушки корня, осознаю, что это возможно может повлечь возникновение нижеследующих (а возможно и не только) осложнений: луночковое кровотечение, луночковая послеоперационная боль (альвеолит), ограниченный остеомиелит лунки зуба, невралгия нижнего луночкового нерва, перелом коронки и корня удаляемого зуба, проталкивание корня зуба в мягкие ткани, повреждение десны и мягких тканей полости рта, отлом участка альвеолярного отростка, перфорация дна верхнечелюстной пазухи, вывих челюсти, нарушения в деятельности жевательных мышц, боли; проблемы приема пищи.

Мне также было разъяснено, что в ходе операции возможно повреждение мандибулярного нерва, что может привести к временной или постоянной потере чувствительности подбородка, нижней губы и/или боковой стороны языка, и что возможно также повреждение максиллярного синуса. Смысл повреждения мне объяснен. Во время удаления верхних премоляров, моляров, возможно образования соустья между гайморовой пазухой и полости рта, в силу индивидуальной анатомической особенности в этом случае проводится операции «пластика соустья с гайморовой пазухой лоскутом со щеки или неба».

Согласен/а на применение местного или общего наркоза случае необходимости и по смотрению лечащего врача.

Я знаю и согласен/а, что операции и все связанные с ней процедуры будут выполнены врачом, на которого по принятым в клинике правилам будет возложена ответственность за ее проведение.

Мне было гарантировано, что операция по принятым в клинике правилам, все виды лечения и процедуры будут выполнены квалифицированными врачами клиники

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.



**Информационное согласие на дентальную имплантацию
(имплантацию зубов)**

Я, даю добровольное согласие на предложенное мне (моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь) медицинское вмешательство - Дентальная имплантация (имплантация зубов).

Настоящим подтверждаю, что я проинформирован(а) о предстоящем лечении и согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения, а именно о нижеследующем:

Я полно и доступно информирован(а) о цели и сущности хирургической процедуры имплантации.

Я понимаю, что необходимо для осуществления размещения имплантата в кости под десной. Мой врач тщательно обследовал моё состояние полости рта. Альтернативы этому виду лечения мне были объяснены.

Я испытал(а) или проанализировал(а) эти методы, но предпочитаю имплантацию для надежного замещения отсутствующего зуба (зубов).

Я информирован(а) о том, что для оптимального размещения имплантата в челюстной кости в 60 - 100% случаях, в зависимости то локализации костного дефекта, необходимо проводить подсадку костной ткани или костно-замещающим препаратов. Забор костной ткани может быть проведен во внутриротовых донорских областях. Остеоинтеграция подсаженной костной ткани составляет от 3 до 12 месяцев.

Я информирован(а) о том, что костная ткань донорской области через несколько месяцев восстанавливается без наступления необратимых последствий для анатомии и функции донорских участков. Меня поставили в известность, что после операции необходимо ограничить физическую и функциональную нагрузку донорских областей в течение первого месяца после операции.

Я не возражаю против проведения забора костной ткани из внутриротовой донорской области.

Мне сообщено о возможных осложнениях: боль, покраснение, отек, временное изменение цвета зубов и языка, изменения вкусовой чувствительности. Редкими, но возможными осложнениями являются такие осложнения как: инфекция послеоперационной области, подкожные кровоизлияния, повышение температуры тела, онемение губы, языка, подбородка, щеки или зубов. Точная продолжительность такого состояния не предсказуема и может быть необратима. Так же возможны воспаления вены (флебит), повреждения имеющихся зубов, перелом кости, нарушение целостности синуса (гайморовой пазухи), отсроченное заживление, аллергические реакции к лекарственным препаратам и медикаментам.

Я понимаю, что если ничего не предпринимать (не замещать потерянные зубы, в частности с помощью имплантатов), то может произойти потеря кости челюстей, ухудшения условий для фиксации протезов, воспаление десен, подвижность зубов, смещение имеющихся зубов, возможно, даже приводящие к удалению зубов. Так же возможны нарушения в височно-нижнечелюстном суставе, боли в области шеи, головы, лицевых и жевательных мышц, утомляемость их при жевании.

Мой врач объяснил мне, что не существует метода, точно предсказывающего возможности заживления кости и десны у каждого пациента после имплантации.

Я понимаю, что избыточное курение, потребление алкоголя, сахара, могут отразиться на заживлении дёсен и успешности имплантации.

Я согласен(а) следовать инструкциям моего врача по домашнему уходу за имплантатами.

Я согласен(а) являться на регулярные осмотры к моему доктору и гигиенисту, как рекомендовано.

Выбор анестезиологического пособия я доверяю своему лечащему врачу, информирующему меня о последствиях и нежелательных результатах анестезии.

Я согласен(а) не управлять транспортными средствами и устройствами, связанными с повышенной опасностью, по меньшей мере 24 часа или более, пока не пройдут действие анестезии или других лекарственных препаратов, применённых для моего лечения.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья.

Я так же сообщил(а) все случаи аллергических реакций на лекарственные препараты, пищевые продукты, пыльцу, укусы насекомых, анестетики, пыль.

Я сообщил(а) об имеющихся у меня болезнях крови, внутренних органов, кожных и инфекционных состояниях, относящихся к моему здоровью.

Я согласен(а) на проведение рентгенологических исследований, фотографирование, снятие на видеоплёнку и другие процедуры, сопряжённые с дентальной имплантацией при условиях соблюдения анонимности.

Я полностью понимаю, что в процессе осуществления разработанного плана лечения и проведения хирургических вмешательств, местные анатомо-физиологические условия могут быть отличными от предполагавшихся ранее, и по усмотрению врача может быть проведено дополнительное или альтернативное лечение.

Я так же одобряю любые модификации в плане лечения, применяемых материалах, или послеоперационном уходе, если она направлены для лучшего удовлетворения моих интересов.

Я информирован(а) о том, что не реже одного раза в 6 месяцев пациенту необходимо пройти контрольный осмотр у врача-стоматолога и не реже одного раза в три месяца пройти гигиенические процедуры у гигиениста. А также, что пациент обязан поддерживать хороший уровень гигиены полости рта и отказаться от злоупотребления курением, следовать рекомендациям врача.

Я извещен(а) о необходимости соблюдать режим в ходе лечения, регулярно принимать назначенные препараты, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых не прописанных препаратов (например, для лечения простуды, гриппа, головной боли и т.п.).

Я извещен(а), что несоблюдение рекомендаций врача, режима приема препарата, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Мне известно, что медицинская услуга относится к категории высокого риска осложнений, возможные осложнения в процессе лечения зависят не только от медицинского вмешательства, но и от состояния моего организма.

Мне разъяснены последствия в случае моего отказа от медицинского вмешательства, в том числе течение заболевания.

Мне известно, что отказ от медицинского вмешательства оформляется в медицинской документации и подписывается мною (пациентом) либо моим законным представителем, а так же медицинским работником.

Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы касательно состояния моего здоровья, заболевания и лечения и получил(а) на них удовлетворительные ответы.

Я получил(а) информацию об альтернативных методах лечения, а также об их примерной стоимости.

Я подтверждаю, что предложенная мне анкета о перенесенных заболеваниях и имевших место осложнениях заполнена мною лично и содержащаяся в ней информация достоверна.

Я разрешаю (не разрешаю) использовать информацию о моем заболевании в научных целях, использовать эти сведения в учебном процессе, для публикации в научной литературе.

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

Меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги. Дополнительных условий мною не выдвигается.

Я принимаю решение осуществить дентальную имплантацию (имплантацию зубов) на предложенных мне условиях.



Информированное согласие на проведение снятия зубных отложений

Я, проинформирован и согласен на снятие зубных отложений в клинике.

Врач обосновал мне необходимость проведения снятия зубных отложений.

Меня ознакомили с возможными альтернативными вариантами, а именно – отказ от процедуры.

В результате проведения процедуры снятия зубных отложений возможно возникновение следующих осложнений, не являющихся дефектами оказания медицинской услуги:

- появление повышенной чувствительности зубов, в том числе усиление чувствительности зубов на дефектах пломб и незащищенных участках дентина – обнаженных корнях, трещинах зубов, кариозных полостях, требующих применения дополнительных клинических методов снижения чувствительности,
- разрушение эмали зубов,
- возникновение болезненных ощущений в области десневого края,
- покраснение, жжение десен, развитие кровоточивости десен.

Положительный эффект медицинской услуги по проведению профессиональной гигиены заключается в удалении всех видов зубных отложений. Сроки достижения положительного эффекта от процедуры снятия зубных отложений, в том числе количество и продолжительность процедур, необходимых для достижения указанного эффекта, зависят от глубины поражения зубов налетом, причин возникновения зубного камня, индивидуальных особенностей зубной эмали.

Указанный положительный эффект процедуры не распространяется на удаление пигментных пятен, возникновение которых обусловлено кариозными изменениями или последствиями предшествующего стоматологического лечения

Учитывая естественный процесс возникновения зубного налета, достигаемый положительный эффект от процедуры снятия зубных отложений непостоянен; при этом длительность сохранения полученного результата зависит от качества гигиены полости рта, индивидуальных особенностей организма Пациента (в том числе особенностей зубной эмали), особенностей питания, приема лекарственных препаратов, минерального состава слюны, а также от наличия патологических зависимостей (в частности, курения) и возраста пациента.



Приложение № 16 к Договору на оказание стоматологических услуг

Информированное согласие на проведение анестезиологического пособия на проведения стоматологического лечения ребенку (до 18 лет)

Я, проинформирован что, применение анестезиологического пособия (местной анестезии) при проведении стоматологического лечения проводится с целью устранения чувствительности нервных пучков и окончаний в зоне стоматологического вмешательства, при этом вид анестезии определяется в зависимости от объема показанного лечения, наличия показаний и противопоказаний, индивидуальных особенностей организма пациента.

Перед оказанием анестезиологического пособия проводится аллергологическая проба, заключающаяся во введении пациенту минимальной дозы препарата, не могущей повлечь негативных последствий, с последующим наблюдением за состоянием пациента.

До проведения стоматологического лечения с применением анестезиологического пособия необходимо сообщить лечащему врачу-стоматологу сведения о лекарственной непереносимости.

Использование сосудосуживающих анестетиков в процессе стоматологического лечения противопоказано при следующих заболеваниях и состояниях: при некоррегированном сахарном диабете, при приеме некоторых лекарственных препаратов (в том числе дигоксина или ингибиторов MAO (паргилина, пиразидола, ниламида, метралаидола и т.д.)), при некоррегированных пороках сердца с сердечной недостаточностью, артериальной гипертензии, иных заболеваниях сердца, при бронхиальной астме в приступный период, при патологическом ожирении с гемодинамическими и респираторными осложнениями, при анемии; тромбоцитопении, при наличии аллергической реакции на препараты, используемые при оказании анестезиологического пособия, при наличии онкологических заболеваний, в том числе опухолей головного мозга.

Кроме того, введение анестетика обладает сосудосуживающим эффектом.

При осуществлении стоматологического лечения под местной анестезией применяются следующие виды анестезиологического пособия:

- аппликационная анестезия, представляющая собой метод поверхностного обезболивания зоны медицинского вмешательства посредством применения спрея 10% раствора лидокаина или геля для аппликационной анестезии;
- инфильтрационная анестезия («заморозка»), применяемая, как правило, при проведении стоматологических манипуляций на верхней челюсти, выполняемая инъекцией анестетика под слизистую оболочку, надкостницу или внутрикостно; положительный эффект достигается путем проникновения анестетика непосредственно к нерву зуба, при этом на другие зубы и все остальные ткани анестезия не распространяется;
- проводниковая анестезия, применяемая, как правило, при проведении стоматологических манипуляций на нижней челюсти. При указанном виде обезболивания препарат подводится к ветвям тройничного нерва, при этом обезболивающий эффект наблюдается в заданной области иннервации. Проводниковая анестезия может применяться по усмотрению врача при оперативных вмешательствах в области больших коренных зубов, при операциях на деснах и больших по объему вмешательствах.

Введение препарата осуществляется карпульным шприцем, безыгольным инъектором, а также посредством нанесения в зону медицинского вмешательства геля или распыления аэрозоля. Обезболивающее действие анестетика наступает через 20- 30 секунд и продолжается от 15 минут до 6 часов.

До проведения стоматологического лечения с применением анестезиологического пособия необходимо пройти медицинское обследование и сообщить лечащему врачу-стоматологу сведения о лекарственной непереносимости и отягощённом аллергологическом анамнезе.

В результате применения местной анестезии при проведении стоматологического лечения возможны нарушение ориентации в пространстве, в связи, с чем в течение 24 часов после получения анестезиологического пособия не рекомендуется управлять автомобилем, иными сложными механизмами. В зоне действия анестетика также может возникнуть длительное чувство онемения, при этом чувство онемения может распространяться на всю челюсть, в том числе язык, верхнюю и нижнюю губу, часть глотки, которое может продолжаться в течение 24 часов с момента введения препарата. В связи с онемением зоны стоматологического вмешательства могут быть затруднены глотание и речь, что может обусловить попадание в дыхательное горло больших объемов слюны. В связи с возможностью онемения обширной области не рекомендуется употреблять пищу до момента частичного восстановления чувствительности.

Применение местной анестезии может привести к следующим осложнениям, не являющимся дефектами оказания медицинской услуги:

- возникновению гематомы (кровоизлияния) в месте укола, обуславливающей неприятные ощущения в области укола,
- эрозии в месте укола,
- аллергической реакции немедленного типа на обезболивающие вещества (появление на коже пятен, сыпи, отека мягких тканей, анафилактического шока),
- токсической реакции на обезболивающее вещество (тошнота, рвота, головокружение, головные боли, кратковременная потеря сознания, нарушение координации),
- истерической реакции,
- развитию длительного онемения в области укола, обусловленного попаданием препарата в нерв,
- кровотечения,
- гипертензии,
- обморока,
- коллапса,
- судорожных состояний,
- стенокардии,
- вызвать приступ бронхиальной астмы, эпилепсии, кашля, аритмии, острую дыхательную недостаточность и др.

Я предупрежден (а) о факторах рисках и понимаю, что проведения анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушения со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и др. систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода.

Мне разъяснено, и я осознаю, что во время анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае, я согласен (а) на то, что вид и тактика анестезиологического пособия может быть изменена врачами по их усмотрению.

Я информирован (а) об альтернативных методах местной анестезии, а именно: регионарной анестезии, внутривенном и масочном наркозе (иное), которые применяются в клинике.

Я ознакомлен(а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства в предложенном объеме.

О возможных осложнениях при выполнении анестезии в виде повышенной чувствительности к местному анестетику (аллергических реакции в виде крапивницы, зуда или местного отека до анафилактического шока) и местных осложнениях, к которым относятся непреднамеренное ранение нервных стволов, повреждение сосудов с образованием гематом и связанных с ними риск информирован (информирована врачом).

Факторами риска для развития указанных осложнений вследствие оказания анестезиологического пособия являются сердечная недостаточность, ишемическая болезнь сердца, сердечные аритмии, артериальная гипертензия, гипотония, бронхиальная астма, аллергические состояния, проводимая антикоагулянтная терапия, эпилепсия, глаукома, сахарный диабет, тиреотоксикоз, гипотиреоз и др.

Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Настоящие приложение является неотъемлемой частью медицинской карты.



Приложение № 17 к Договору на оказание стоматологических услуг

Информированное согласие на проведение анестезиологического пособия на проведения стоматологического лечения

Я, проинформирован что, применение анестезиологического пособия (местной анестезии) при проведении стоматологического лечения проводится с целью устранения чувствительности нервных пучков и окончаний в зоне стоматологического вмешательства, при этом вид анестезии определяется в зависимости от объема показанного лечения, наличия показаний и противопоказаний, индивидуальных особенностей организма пациента.

Перед оказанием анестезиологического пособия проводится аллергологическая проба, заключающаяся во введении пациенту минимальной дозы препарата, не могущей повлечь негативных последствий, с последующим наблюдением за состоянием пациента.

До проведения стоматологического лечения с применением анестезиологического пособия необходимо сообщить лечащему врачу-стоматологу сведения о лекарственной непереносимости.

Использование сосудосуживающих анестетиков в процессе стоматологического лечения противопоказано при следующих заболеваниях и состояниях: при некоррегированном сахарном диабете, при приеме некоторых лекарственных препаратов (в том числе дигоксина или ингибиторов МАО (паргилина, пиразидола, ниламида, метралаиндола и т.д.)), при некоррегированных пороках сердца с сердечной недостаточностью, артериальной гипертензии, иных заболеваниях сердца, при бронхиальной астме в приступный период, при патологическом ожирении с гемодинамическими и респираторными осложнениями, при анемии, тромбоцитопении, при наличии аллергической реакции на препараты, используемые при оказании анестезиологического пособия, при наличии онкологических заболеваний, в том числе опухолей головного мозга.

Кроме того, введение анестетика обладает сосудосуживающим эффектом.

При осуществлении стоматологического лечения под местной анестезией применяются следующие виды анестезиологического пособия:

- аппликационная анестезия, представляющая собой метод поверхностного обезболивания зоны медицинского вмешательства посредством применения спрея 10% раствора лидокаина или геля для аппликационной анестезии;
- инфильтрационная анестезия («заморозка»), применяемая, как правило, при проведении стоматологических манипуляций на верхней челюсти, выполняемая инъекцией анестетика под слизистую оболочку, надкостницу или внутрикостно; положительный эффект достигается путем проникновения анестетика непосредственно к нерву зуба, при этом на другие зубы и все остальные ткани анестезия не распространяется;
- проводниковая анестезия, применяемая, как правило, при проведении стоматологических манипуляций на нижней челюсти. При указанном виде обезболивания препарат подводится к ветвям тройничного нерва, при этом обезболивающий эффект наблюдается в заданной области иннервации. Проводниковая анестезия может применяться по усмотрению врача при оперативных вмешательствах в области больших коренных зубов, при операциях на деснах и больших по объему вмешательствах.

Введение препарата осуществляется карпульным шприцем, безыгольным инъектором, а также посредством нанесения в зону медицинского вмешательства геля или распыления аэрозоля. Обезболивающее действие анестетика наступает через 20- 30 секунд и продолжается от 15 минут до 6 часов.

До проведения стоматологического лечения с применением анестезиологического пособия необходимо пройти медицинское обследование и сообщить лечащему врачу-стоматологу сведения о лекарственной непереносимости и отягощённом аллергологическом анамнезе.

В результате применения местной анестезии при проведении стоматологического лечения возможны нарушение ориентации в пространстве, в связи, с чем в течение 24 часов после получения анестезиологического пособия не рекомендуется управлять автомобилем, иными сложными механизмами. В зоне действия анестетика также может возникнуть длительное чувство онемения, при этом чувство онемения может распространяться на всю челюсть, в том числе язык, верхнюю и нижнюю губу, часть глотки, которое может продолжаться в течение 24 часов с момента введения препарата. В связи с онемением зоны стоматологического вмешательства могут быть затруднены глотание и речь, что может обусловить попадание в дыхательное горло больших объемов слюны. В связи с возможностью онемения обширной области не рекомендуется употреблять пищу до момента частичного восстановления чувствительности.

Применение местной анестезии может привести к следующим осложнениям, не являющимся дефектами оказания медицинской услуги:

- возникновению гематомы (кровоизлияния) в месте укола, обуславливающей неприятные ощущения в области укола,
- эрозии в месте укола,
- аллергической реакции немедленного типа на обезболивающее вещество (появление на коже пятен, сыпи, отека мягких тканей, анафилактического шока),
- токсической реакции на обезболивающее вещество (тошнота, рвота, головокружение, головные боли, кратковременная потеря сознания, нарушение координации),
- истерической реакции,
- развитию длительного онемения в области укола, обусловленного попаданием препарата в нерв,
- кровотечения,
- гипертензии,
- обморока,
- коллапса,
- судорожных состояний,
- стенокардии,
- вызвать приступ бронхиальной астмы, эпилепсии, кашля, аритмии, острую дыхательную недостаточность и др.

Я предупрежден (а) о факторах рисках и понимаю, что проведения анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушения со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и др. систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода.

Мне разъяснено, и я осознаю, что во время анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае, я согласен (а) на то, что вид и тактика анестезиологического пособия может быть изменена врачами по их усмотрению.

Я информирован (а) об альтернативных методах местной анестезии, а именно: регионарной анестезии, внутривенном и масочном наркозе (иное), которые применяются в клинике.

Я ознакомлен(а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства в предложенном объеме.

О возможных осложнениях при выполнении анестезии в виде повышенной чувствительности к местному анестетику (аллергических реакции в виде крапивницы, зуда или местного отека до анафилактического шока) и местных осложнениях, к которым относятся непреднамеренное ранение нервных стволов, повреждение сосудов с образованием гематом и связанных с ними риск информирован (информирована врачом) .

Факторами риска для развития указанных осложнений вследствие оказания анестезиологического пособия являются сердечная недостаточность, ишемическая болезнь сердца, сердечные аритмии, артериальная гипертензия, гипотония, бронхиальная астма, аллергические состояния, проводимая антикоагулянтная терапия, эпилепсия, глаукома, сахарный диабет, тиреотоксикоз, гипотиреоз и др.

Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Настоящие приложение является неотъемлемой частью медицинской карты.



Приложение № 18 к Договору на оказание стоматологических услуг

**Согласие
пациента при инвазивных вмешательствах**

Я, пациент/законный представитель, находясь в стоматологической клинике ИП «Клиника Доктора Бошанова», даю свое согласие на проведение (подчеркнуть): мне/лицу, законным представителем которого я являюсь:

следующей процедуры: Анестезия, плазма терапия, удаление зубов, снятие з/о, кюретаж, хирургические операции, лечение зубов, диагностические процедуры и т.д

1. Я информирован(а) о целях, характере, неблагоприятных эффектах планируемого инвазивного вмешательства, согласен(на) со всеми подготовительными и сопровождающими возможными анестезиологическими мероприятиями, а также с необходимыми побочными вмешательствами. Я предупрежден(а), что во время инвазивного вмешательства могут возникнуть непредвиденные обстоятельства, риски и осложнения и понимаю, что это может включать нарушения со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, что это связано с непреднамеренным причинением вреда здоровью. В таком случае, я согласен(на) на применение врачами всевозможных методов лечения, направленных на устранение вышеуказанных осложнений.

2. Я ставлю в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем (со здоровьем лица, законным представителем которого я являюсь):

- наследственность;
- аллергические проявления;
- индивидуальная непереносимость лекарственных препаратов и продуктов питания;
- потребление табачных изделий;
- злоупотребление алкоголем;
- злоупотребление наркотическими средствами;
- перенесенные травмы, операции, заболевания, анестезиологические пособия;

экологические и производственные факторы физической, химической или биологической природы, воздействующие на меня (лица, законным представителем которого я являюсь) во время жизнедеятельности; принимаемые лекарственные средства.

3. Я имел(а) возможность задавать любые вопросы врачу и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.

4. Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен(а) с ними.

Примечание:

1. Инвазивное вмешательство – медицинская процедура, связанная с проникновением через естественные внешние барьеры организма (кожа, слизистые оболочки) (инъекция, диагностическая процедура, хирургическая операция и так далее).

2. Согласие на проведение инвазивного вмешательства может быть отозвано, за исключением случаев, когда медицинские работники по жизненным показаниям уже приступили к инвазивному вмешательству и его прекращение или возврат невозможны в связи с угрозой для жизни и здоровья пациента.



Приложение № 19 к Договору на оказание стоматологических услуг

СОГЛАСИЕ
пациента на обработку персональных данных

Я, в соответствии с требованиями статьи 8 Закона РК от 21.05.2013г. № 94-V «О персональных данных и их защите», подтверждаю свое согласие на сбор и обработку **ИП «Клиника Доктора Бошанова»** (далее - Исполнитель) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью, обязанным сохранять врачебную тайну и имеющим право на сбор и обработку персональных данных.

В процессе оказания Исполнителем мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Исполнителя, в интересах моего обследования.

Предоставляю Исполнителю право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Исполнитель вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.