Утверждаю:
Директор ООО «ДЕНТАЛ-КЛИНИК»
_____ В.С.Петрашкевич
12 января 2026 года

ПРАВИЛА ВНУТРЕННЕГО РАСПОРЯДКА ООО «ДЕНТАЛ-КЛИНИК»

1. Общие положения

1.1. Правила внутреннего распорядка (ПВР) являются организационно-правовым документом, регламентирующим в соответствии с законодательством Российской Федерации в сфере здравоохранения, вопросы, возникающие между участниками правоотношений - пациентом (его законным представителем) и ООО «ДЕНТАЛ-КЛИНИК» (далее по тексту «Клиника»).
1.2. Внутренний распорядок определяется нормативными правовыми актами органов государственной власти, настоящими Правилами, приказами, распоряжениями руководителя и иными локальными нормативными актами.
1.3. Настоящие Правила обязательны для всех пациентов, а также иных лиц, обратившихся в Клинику, разработаны в целях реализации, предусмотренных законом прав пациента, создания наиболее благоприятных возможностей оказания пациенту своевременной медицинской помощи надлежащего объема и качества по согласованному плану лечения с регистрацией или подписями участников оказания услуги.
1.4. Правила внутреннего распорядка для пациентов находятся в доступном для пациентов, законных представителей и посетителей клиники месте в холле в папке информации, на сайте Клиники и включают:

1) Общие положения.
2) Основные понятия, используемые в настоящих Правилах.
3) Основные задачи Клиники, условия предоставления платных медицинских услуг.
4) Порядок обращения пациентов в клинику.
5) Обязанности Исполнителя.
6) Права Исполнителя.
7) Обязанности пациентов/законных представителей.
8) Права пациентов/законных представителей.
9) Порядок разрешения споров (конфликтов) между пациентом/законным представителем и Клиникой.
10. График работы Клиники.
11. Информация о перечне видов платных медицинских услуг, порядке их оказания, льготах отдельным категориям граждан, о праве на внеочередное оказание медицинской помощи
12. Приложения к ПВР.

2. Основные понятия, используемые в настоящих Правилах.

2.1. Пациент - физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния.
2.2. Законный представитель - лицо, правомочное выступать в защиту прав и законных интересов других граждан, которые либо недееспособны или ограниченно дееспособны, либо в силу своего возраста или физического состояния не могут лично осуществлять свои права и обязанности. В соответствии со статьями 21 и 26 ГК РФ законными представителям несовершеннолетних граждан являются их родители, усыновители или попечители, а также опекуны малолетних лиц и совершеннолетних лиц,

признанных судом недееспособными (ст.32 ГК РФ). Кроме законных представителей в правовой системе России определен второй вид представителей граждан (совершеннолетних, дееспособных) - представители, действующие по доверенности, предусмотренной статьей 185 ГК РФ. Посетители, нарушившие данные правила внутреннего распорядка несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.
2.3. Медицинский работник - физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности.
2.4. Медицинская помощь - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг;
2.5. Медицинская услуга - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

3. Основные задачи Клиники, условия предоставления платных медицинских услуг.

3.1. Основными задачами Клиники являются:

3.1.1. проведение мероприятий по профилактике заболеваний органов полости рта среди населения;

3.1.2. организация и проведение мероприятий, направленных на раннее выявление заболеваний органов полости рта и челюстно-лицевой области и своевременное их лечение;

3.1.3. оказание населению первичной амбулаторной медико-санитарной помощи, в том числе специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях за счет личных средств граждан;

3.1.4. предоставление платных услуги только при условии согласия пациента и заключении договора на оказание услуг.

3.1.5. оказание медицинских услуг надлежащего качества;

3.1.6. обеспечение пациентов сведениями о наличии лицензии, свидетельств аккредитации и сертификатов специалистов, оказывающих медицинские услуги.

3.2. Отношения между Клиникой и пациентом (законным представителем) в части, не регулируемой настоящими Правилами, регламентировано действующим законодательством РФ.

3.3. При оказании стоматологической помощи сотрудники Клиники обязаны соблюдать права пациента на получение медицинской помощи и требования:

- Основ законодательства РФ «Об основах охраны здоровья граждан» от 21 ноября 2011 года ст. 10 «Доступность и качество медицинской помощи»;
- Гражданского кодекса РФ,
- Закона РФ от 07.02.1992 N 2300-1 "О защите прав потребителей" (в последней редакции);
- Требования Постановления Правительства РФ от 11 мая 2023 года № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006».

3.4. Условия предоставления платных медицинских услуг

3.4.1. Платные услуги населению оказываются специалистом Клиники только при наличии у него действующего свидетельства аккредитации или сертификата на избранный вид деятельности.

3.4.2. Платные услуги населению осуществляются в рамках договоров с гражданами на оказание медицинских услуг.

3.4.3. При оказании платных стоматологических услуг Исполнитель услуги в письменной форме:

- получает согласие пациента/законного представителя на лечение пациента в клинике в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 12.11.2021 № 1051н "Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (приложение № 1) и формы отказа от медицинского вмешательства" (приложение № 2);
- получает согласие на обработку персональных данных (в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»);
- Исполнителем заключается договор с Заказчиком (пациентом/законным представителем) в письменной форме.

3.4.4. Медицинским работником, к которому записан пациент, проводится осмотр пациента (в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н и приказами Министерства здравоохранения РФ от 12.11.2021 № 1051н, от 10.05.2017 года № 203), согласовывается план лечения и составляется смета, дается информация:

- о возможных видах лечения, их особенности, методиках лечения, возможных рисках и осложнениях, ожидаемых результатах и гарантиях,
- о том, что медицинская услуга будет оказана в соответствии с утвержденными порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, при соблюдении требований безопасности применяемых технологий и условий осуществления медицинской услуги,
- с применением сертифицированных инструментов и материалов.

3.4.5. Информированные добровольные согласия подписываются Пациентом старше 15 лет, или законным представителем (в положенных случаях) и медицинским работником - исполнителем услуги.

3.4.6. Медицинские услуги в Клинике оказываются гражданам на платной основе, с оплатой за счет личных средств граждан наличными средствами, банковской картой, перечислением на расчетный счет Клиники.

3.4.7. По окончании работы Заказчику выдается эпикриз (приложение № 3) и, в положенных случаях, в соответствии с утвержденными сроками гарантии - гарантийный талон на виды работ, имеющих овеществленный результат (ортопедические конструкции, пломбы из фотокомпозитов, химических композитов при целостности коронковой части зуба более 50%) (приложение № 4).

3.4.8. По окончании выполнения платной услуги Исполнителем и Заказчиком подписывается акт выполненных работ с отметкой об удовлетворенности требований пациента качеством оказанной услуги.

4. Порядок обращения пациентов в ООО «ДЕНТАЛ-КЛИНИК».

4.1. Медицинская помощь населению осуществляется по обращению в соответствии с графиком работы Клиники.

4.2. При состояниях, не требующих срочного медицинского вмешательства, пациент или его законный представитель должен обращаться к администратору клиники либо записаться на прием по телефону или через сайт клиники.

4.3. При состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (несчастный случай, травма, отравление, другие состояния и заболевания, угрожающие жизни или здоровью гражданина или окружающих его лиц), необходимо обратиться в службу скорой медицинской помощи по телефону – 03 с проводного или 103 с мобильного телефона.

4.4. Вопрос о необходимости экстренной консультации врача-специалиста решается в день приема. При острой боли время ожидания пациентом приема врача не должно превышать 60 минут.
4.5. Организация предварительной записи пациентов на прием к врачам-специалистам в Клинике осуществляется при их непосредственном обращении, возможна предварительная запись на прием по телефону, с помощью сети Интернет.

4.6. При первичном обращении на пациента заводится амбулаторная карта стоматологического пациента (далее – «амбулаторная карта»).
4.7. Оформление амбулаторной карты производится при предъявлении пациентом документа, удостоверяющего личность (паспорт или иной документ).
4.8. По желанию пациента могут оказываться медицинские услуги анонимно в соответствии с Порядком оказания анонимных услуг.
4.9. В соответствии и во исполнение части 1 статьи 23, статьи 24 Конституции Российской Федерации, Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», пациент дает согласие на обработку личных персональных данных для ввода в базу данных, сбор; систематизацию; накопление; хранение; уточнение (обновление, изменение); распечатку необходимых документов с учетом требований законодательства.
4.10. Администратором заводится медицинская карта стоматологического пациента, в которую вносятся следующие сведения о пациенте: фамилия, имя, отчество (полностью), пол, дата рождения (число, месяц, год), адрес по данным прописки (регистрации) на основании документов, удостоверяющих личность (паспорт), серия и номер паспорта, дополнительные необходимые сведения (номер телефона).
4.11. Пациент (законный представитель) дает согласие на фотосъемку, видеосъемку на этапах лечения с целью контроля качества оказания медицинских услуг в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации», при обязанности исполнителя соблюдать требования указанного закона.
4.12. Медицинская карта стоматологического пациента является собственностью Клиники и храниться в регистратуре. Медицинская карта стоматологического пациента на руки пациенту не выдается, а получается лично лечащим врачом. Не разрешается самовольный вынос медицинской карты стоматологического пациента из Клиники без согласования с руководителем! В случае необходимости, по заявлению пациента и по согласованию с руководителем, а в его отсутствие – с главным врачом выдается ее ксерокопия, заверенная печатью Клиники и подписью ответственного лица.
4.13. Получение оригинала медицинской карты стоматологического пациента возможно по письменному заявлению пациента на основании п.4 и п.5 ст. 22 ФЗ РФ от 21.11.2011 года № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
4.14. Информацию о времени приема врачей всех специальностей, о порядке предварительной записи на прием к врачам, о времени и месте приема населения руководителем и главным врачом может получить в устной форме и наглядно - с помощью информационных стендов, расположенных в холле или на сайте Клиники.

5. Обязанности Исполнителя.

Исполнитель обязан:

5.1. предоставить информацию о фамилии, имени, отчестве, должности и квалификации лечащего врача и других лиц, непосредственно участвующих в оказании пациенту медицинской помощи;

5.2. информировать пациента (законного представителя) о правах и обязанностях пациента и врача;

5.3. при первичном обращении информировать пациента (законного представителя) о том, что при наличии полиса ОМС возможно получение стоматологических услуг в рамках

Территориальной программы бесплатного оказания медицинской помощи в иных медицинских учреждениях;

5.4. собрать полную информацию о состоянии здоровья пациента;

5.5. уведомить пациента о необходимости информации медицинского работника об имеющихся у него заболеваниях (состояниях) на момент обращения, что необходимо для предупреждения возникновения возможных осложнений при оказании медицинских услуг, связанных с состоянием здоровья пациента и обусловлено требованиями ст. 27 ФЗ 323 об обязанности граждан заботиться о своем здоровье (приложение № 5);

5.6. получать добровольное информированное согласие на оказание первичной медико-санитарной помощи в соответствии с требованиями Приказа МЗ № 1051н от 12.11.2021 года «Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства» и, в случае согласия на проведение медицинского вмешательства, оформить в установленном порядке согласие на медицинское вмешательство, подтвердив его подписями пациента (законного представителя) и исполнителя услуги (приложение № 1 к ПВР);

5.7. получать добровольные информированные согласия на медицинские вмешательства на оказание специализированной медицинской помощи в соответствии с положением статьи 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 01.11.2011 г. № 323-ФЗ;

5.8. информировать пациента (законного представителя) о применяемых методах диагностики и лечения, видах, сущности применяемых методик, рисках, альтернативных видах медицинских вмешательств, последствиях отказа от вмешательства;

5.9. информировать о возможности отказа от оказания (прекращение) медицинской помощи, от госпитализации (при необходимости), за исключением случаев, предусмотренных законодательными актами и возможности возобновления оказания медицинских услуг по желанию пациента (законного представителя);

5.10. облегчать боль, связанную с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;

5.11. уведомить пациента (законного представителя) о том, что кабинете в целях обеспечения прав пациентов при оказании медицинских услуг и осуществления контроля качества предоставляемых услуг может вестись видео- и фотосъемка на этапах работы специалиста;

5.12. представить пациенту (законному представителю) необходимую информацию об объеме медицинских вмешательств;

5.13. информировать пациента (законного представителя) о возможных обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказания услуг и возможных осложнениях при лечении;

5.14. информировать заказчика о том, что в процессе лечения пациенту могут потребоваться дополнительные виды обследования (рентгенологические исследования - цифровая радиовизиография в ООО «ДЕНТАЛ-КЛИНИК», КЛКТ, ОПТГ, ТРГ в иной медицинской организации, клинические и биохимические анализы крови и др.), необходимые для уточнения диагноза, выбора плана лечения, контроля качества лечения на этапах его проведения, согласно протоколу ведения пациента.

5.15. оговорить с пациентом примерные сроки выполнения медицинских услуг и их стоимость согласно утвержденному прейскуранту;

5.16. обеспечить соблюдение действующих санитарных норм при подготовке к приему и во время лечения, проводить как обследование, так и лечение в надлежащих условиях, соответствующих актуальным санитарным и гигиеническим нормам, нахождение в учреждении здравоохранения в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим и противоэпидемическим требованиям;

5.17. сохранять врачебную тайну: информацию о факте его обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, о пройденных процедурах, лечении, общем анамнезе, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, за исключением случаев, предусмотренных законодательными актами;

5.18. проводить при необходимости врачебный консилиум, обеспечивать возможность консультации другого специалиста;

5.19. информировать о возможности выбора лиц, которым может быть передана информация о состоянии его здоровья;

5.20. по окончании лечения подготовить эпикриз о состоянии здоровья момент окончания лечения, по режиму, питанию, уходу за полостью рта, профилактике развития или обострения хронической соматической патологии и прочее и профилактических мероприятиях (приложение № 2 к ПВР);

5.21. информировать заказчика о том, что медицинская услуга направлена на достижение цели, для которых подобная услуга обычно используется, результат оказания медицинской услуги при любом клиническом случае не является на 100 % прогнозируемым и может выражаться как в восстановлении, улучшении здоровья, так и в отсутствии каких-либо изменений или в ухудшении патологических процессов, что не может свидетельствовать о ненадлежащем исполнении медицинской организацией своих обязательств по договору;

5.22. гарантировать пациенту/заказчику, что все необходимые и согласованные лечебно-диагностические мероприятия будут проводиться с применением необходимых сертифицированных материалов, медикаментов, инструментов, изделий медицинского назначения, оборудования, а также условий, указанных в п. 3,4,4 ПВР;

5.23. уведомить пациента о необходимости соблюдения рекомендаций врача, и о том, что их несоблюдение может снизить качество услуги, повлечь невозможность ее завершения или отрицательно сказаться на здоровье пациента;

5.24. соблюдать правила медицинской этики и деонтологии во взаимоотношениях с пациентом, а также врачебную тайну;

5.25. информировать пациента (законного представителя) о недопустимости проведения видеозаписи медицинских работников и аудиозаписи их голоса без уведомления, что будет относиться к обработке их биометрических и персональных данных и является совершением правонарушения, предусмотренного ч. 2 ст. 13.11 КоАП РФ – «Обработка персональных данных без согласия в письменной форме субъекта персональных данных на обработку его персональных данных в случаях, когда такое согласие должно быть получено в соответствии с законодательством Российской Федерации в области персональных данных...»). Согласно ст. 152.1 Гражданского кодекса РФ и Разъяснения Роскомнадзора "О вопросах отнесения фото- и видео- изображения, дактилоскопических данных и иной информации к биометрическим персональным данным и особенности их обработки" обнародование и дальнейшее использование изображения гражданина (фотографии), а также видеозаписи допускаются только с согласия этого гражданина.

5.26. с согласия медицинского работника пациент или законный представитель может фотографировать или записывать процедуру или консультацию для собственных целей, в т.ч. для дальнейшего изучения или показа другим медицинским специалистам, при этом недопустимо использовать полученную информацию для публикации, размещения в соцсетях и мессенджерах.

5.27. В соответствии со ст. 152.1 Гражданского кодекса Российской Федерации обнародование и дальнейшее использование изображения гражданина (в том числе его фотографии, а также видеозаписи в которых он изображен) допускаются только с согласия этого гражданина.

5.28. Нарушение запрета на фотографирование и видеозапись, публикацию их без разрешения медицинского работника может являться нарушением медицинской этики и конфиденциальности за что нарушители могут быть подвержены юридическим последствиям, включая гражданские и уголовные санкции.

6. Права Исполнителя

Исполнитель имеет право:

6.1. Самостоятельно решать вопросы, связанные с техникой лечения, методом анестезии, подбором инструментов и материалов, проведение диагностических исследований, в т.ч. рентгенографии, видео- фотосъемки этапов работ с целью контроля качества лечения, информируя пациента (законного представителя) о необходимости их проведения.

6.2. Требовать у пациента получения сведений и предоставления документов (в случае предыдущего лечения в других лечебных учреждениях), необходимых для эффективного лечения.

6.3. Отказать в приеме пациенту при условии согласования отказа с соответствующим должностным лицом клиники, при условии отсутствия угрозы для жизни пациента и здоровья третьих лиц, или согласовать другое время приема в случае:

- грубых систематических нарушений заказчиком или пациентом врачебных назначений (рекомендаций);
- некорректном поведении заказчика или пациента по отношению к персоналу клиники или присутствующим в клинике;
- состояния алкогольного, наркотического или токсического опьянения и связанном с этим неадекватным поведением;
- требования услуг, которые не оговаривались при составлении договора;
- при отсутствии в штате специалиста, необходимого для оказания требуемого вида медицинской помощи.

6.4. В соответствии со ст. 70 Закона об охране здоровья лечащий врач имеет право отказаться от лечения пациента, информировав об этом руководителя, который должен решить вопрос о продолжении лечения и назначить пациенту другого врача по согласованию с ним и при условии согласия пациента.

7. Обязанности пациентов/законных представителей.

7.1. Пациент (законный представитель) обязан:

7.1.1. соблюдать режим работы Клиники;

7.1.2. соблюдать правила внутреннего распорядка уважать права врачей, обслуживающего персонала, других пациентов и посетителей клиники;

7.1.3. уважительно относиться к медицинскому персоналу и другим лицам, участвующим в оказании медицинской помощи, проявлять доброжелательное и вежливое отношение к другим пациентам и посетителям, соблюдать очередность, пропускать лиц, имеющих право на внеочередное обслуживание в соответствии с Законодательством РФ;

7.1.4. заботиться о своем здоровье, не совершать действий, способных нанести вред здоровью - как собственному, так и других пациентов клиники;

7.1.5. информировать лечащего специалиста о своем непонимании/неполном понимании смысла предстоящего врачебного вмешательства.

7.1.6. соблюдать правила поведения в общественных местах;

7.1.7. соблюдать санитарно-противоэпидемиологический режим (вход в сменной обуви или бахилах, верхнюю одежду оставлять в гардеробе);

7.1.8 бережно относиться к имуществу клиники;

7.1.9. соблюдать требования пожарной безопасности, при обнаружении источников пожара, иных источников, угрожающих общественной безопасности, пациент должен немедленно сообщить об этом персоналу;

7.1.10. соблюдать правила запрета курения в медицинских учреждениях, курить только в специально отведенных для курения местах.

7.2. При приеме пациент/законный представитель должен:

7.2.1. ознакомится с текстом информированного добровольного согласия в соответствии с требованиями Приказа МЗ № 1051н от 12.11.2021 года «Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства» и, в случае согласия на проведение медицинского вмешательства, оформить в установленном порядке согласие на медицинское вмешательство, подтвердив его своею подписью;

7.2.2. оформлять в установленном порядке согласие на обработку персональных данных;

7.2.3. оформлять в установленном порядке свой отказ от медицинского вмешательства или его прекращение (приложение № 4 к настоящему договору) на основании приказа МЗ **№** 1051н от 12.11.2021 года «Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства»;

7.2.4. информировать о возобновлении оказания медицинских услуг по желанию пациента (законного представителя);

7.2.5. представлять лицу, оказывающему медицинскую помощь, известную ему достоверную информацию о состоянии своего здоровья, в том числе о противопоказаниях к применению лекарственных средств, ранее перенесенных и наследственных заболеваниях требований, что является требованием ст. 27 ФЗ 323 об обязанности граждан заботиться о своем здоровье и не сообщение указанных сведений может способствовать возникновению осложнений при оказании медицинских услуг, связанных с состоянием здоровья пациент (в процессе опроса и путем заполнение анкеты о состоянии здоровья;

7.2.6. соблюдать установленный в учреждении регламент работы, выполнять предписания лечащего врача, соблюдать рекомендации лечащего врача;

7.2.7. сотрудничать с врачом на всех этапах оказания медицинской помощи;

8. Права пациентов/законных представителей

Права и обязанности пациентов утверждаются в соответствие с Законом Российской Федерации от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Пациенты информируются о том, что имеют право на получение бесплатной медицинской помощи в иных медицинских учреждениях в рамках программы обязательного медицинского страхования Порядку).

8.1. При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на:

8.1.1. уважительное и гуманное отношение со стороны медицинских работников и других лиц, участвующих в оказании медицинской помощи;

8.1.2. дачу добровольного информированного согласия на получение первичной медико-санитарной помощи и отказа от её получения в соответствии с приказом Минздрава РФ от 12.11.2021 года № 1051н «Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства»;

8.1.3. дачу добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство в соответствии с положением статьи 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 01.11.2011 г. № 323-ФЗ, информирование со стороны медицинских работников о такой возможности, а также отказ от оказания (прекращение) медицинской помощи, от госпитализации (при необходимости), за исключением случаев, предусмотренных законодательными актами и возможность возобновления оказания медицинских услуг по желанию пациента (законного представителя);

8.1.4. информацию о фамилии, имени, отчестве, должности и квалификации его лечащего врача и других лиц, непосредственно участвующих в оказании ему медицинской помощи;
8.1.6. получение информации о правах и обязанностях пациента и врача;
8.1.7. проведение, как обследования, так и лечения в надлежащих условиях, соответствующих актуальным санитарным и гигиеническим нормам, нахождение в учреждении здравоохранения в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим и противоэпидемическим требованиям;
8.1.8. сохранение врачебной тайны, сохранение медицинскими работниками в тайне информации о факте его обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, о пройденных процедурах, лечении, общем анамнезе, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, за исключением случаев, предусмотренных законодательными актами;
8.1.9. проведение врачебного консилиума, возможность консультации другого специалиста;
8.1.10. облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;
8.1.11. перевод к другому лечащему врачу с разрешения главного врача при согласии другого врача;
8.1.12. обращение с жалобой к руководителю или главному врачу, а также к должностным лицам государственных органов или в суд;
8.1.13. на возмещение ему (пациенту) ущерба при причинении вреда здоровью со стороны медработников в случае, если вина врачей будет доказана в суде.
8.1.14. получение в доступной для него форме полной информации о состоянии своего здоровья, применяемых методах диагностики и лечения, а также на выбор лиц, которым может быть передана информация о состоянии его здоровья;
8.1.15. по окончании лечения получить эпикриз о состоянии здоровья момент окончания лечения, по режиму, питанию, уходу за полостью рта, профилактике развития или обострения хронической соматической патологии и прочее и профилактических мероприятиях.
8.2. В соответствии с Порядком предоставления гарантии на ортопедические конструкции и пломбы пациент имеет правополучить гарантийный талон с указанием сроков гарантии, сроков службы на овеществленный результат оказанной услуги с учетом обстоятельств, влияющих на указанные сроки.
8.3. В соответствии с действующим законодательством и локальными актами клиники пациент либо его законный представитель вправе:
8.3.1. ознакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента согласно приказу Минздрава РФ от 12 ноября 2021 г. N 1050н «Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента»
8.3.2. получить медицинские документы /их копии/ и выписки из них» согласно приказу Минздрава РФ от 31.07.2020 № 789н "Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них";
8.3.3. получить справки и медицинские заключения согласно приказу Минздрава РФ от 14.09.2020 № 972н "Об утверждении Порядка выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений";
8.3.4. получить справки об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы для получения налогового вычета по заявлению заказчика на имя руководителя.
8.4. Выписки из медицинской документации подготавливаются лечащим врачом, подписываются им и главным врачом.
8.5. Справки о посещении врача выдаются лечащим врачом и заверяются подписью главного врача. В справке указывается дата посещения Клиники и фактические часы приема.

9. Порядок разрешения споров (конфликтов) между пациентом/законным представителем и Клиникой

9.1. Порядок рассмотрения жалоб и обращений определен в соответствие с Федеральным Законом Российской Федерации «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» от 02.05.2006г. 59-ФЗ.

9.2. В случае конфликтных ситуаций пациент (его законный представитель) имеет право непосредственно обратиться к администрации – директору или главному врачу Клиники - лично в часы приема или обратится в письменной форме.

9.3. По вопросам качества, оказываемых медицинских услуг, спорные вопросы между сторонами рассматриваются врачебной комиссией Клиники.

9.4. При личном приеме гражданин предъявляет документ, удостоверяющий его личность. Содержание устного обращения заносится в журнал обращений граждан. В случае если изложенные в устном обращении факты и обстоятельства являются очевидными и не требуют дополнительной проверки, ответ на обращение с согласия гражданина может быть дан устно в ходе личного приема, о чем делается запись в журнале обращений граждан. В остальных случаях дается письменный ответ по существу поставленных в обращении вопросов.

9.5. Письменное обращение, принятое в ходе личного приема, подлежит регистрации и рассмотрению в порядке, установленном Федеральным законом.

9.6. В случае необходимости в подтверждение своих доводов, Пациент прилагает к письменному обращению документы и материалы, либо их копии.

9.7. В случае если в обращении содержатся вопросы, решение которых не входит в компетенцию должностного лица, гражданину дается разъяснение, куда и в каком порядке ему следует обратиться.

9.8. Гражданин в своем письменном обращении в обязательном порядке указывает либо наименование учреждения, в которые направляет письменное обращение, либо фамилию, имя, отчество соответствующего должностного лица, либо должность соответствующего лица, а также свои фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии), почтовый адрес, по которому должны быть направлены ответ, уведомление о переадресации обращения, излагает суть предложения, заявления или жалобы, ставит личную подпись и дату.

9.9. Письменное обращение, поступившее в Клинику, рассматривается в течение 10 дней со дня его регистрации в порядке, установленном Федеральным законом.

9.10. Ответ на письменное обращение, поступившее в Клинику, направляется по почтовому адресу, указанному в обращении.

10. График работы Клиники.

10.1. График работы Клиники и ее должностных лиц определяется правилами внутреннего трудового распорядка с учетом ограничений, установленных Трудовым кодексом Российской Федерации.

10.2. Режим работы Клиники утверждается директором. Режим работы Клиники и ее должностных лиц определяет время начала и окончания рабочего дня (смены), а также рабочие и выходные дни, время обеденного и других перерывов, последовательность чередования работы по сменам, а также рабочее время должностных лиц.

10.3. Индивидуальные нормы нагрузки персонала (график работы) устанавливаются руководителем в соответствии с типовыми должностными инструкциями персонала организации здравоохранения. Графики работы утверждаются директором.

10.4. Прием населения (пациентов и их родственников) руководителем осуществляется в установленные часы приема. Информацию о часах приема можно узнать на информационном стенде и сайте Клиники.

11. Информация о перечне видов платных медицинских услуг, порядке их оказания, льготах отдельным категориям граждан, о праве на внеочередное оказание медицинской помощи

С целью более полного удовлетворения спроса населения на медицинские услуги, свободного выбора специалистов потребителями, в соответствии с федеральными законами от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», от 7.02.1992 года «О защите прав потребителей», постановлением Правительства от 11 мая 2023 года № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006» клиника оказывает населению платные медицинские услуги.

11.1. Платные услуги населению предоставляются в виде профилактической, лечебно-диагностической, реабилитационной медицинской помощи с оплатой согласно утвержденному прейскуранту.

11.2. Предоставление платных услуг населению осуществляется на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности.

11.3. Клиникой предусмотрены скидки от стоимости услуги (в пределах заложенной рентабельности на медицинскую услугу) следующим категориям пациентов, имеющим право на получение льгот:

11.3.1. Скидка 10% от стоимости услуги:

- участникам и инвалидам Великой Отечественной войны, лицам, к ним приравненным;
- участникам специальной военной операции (СВО);
- лицам, страдающим тяжелыми формами хронических заболеваний - орфанными (редкими, генетическими) заболеваниями.

11.3.2. Скидка от 5% до 7% от стоимости услуги предусмотрена:

- медицинским работникам;
- инвалидам по общему заболеванию;
- членам семей участников специальной военной операции (СВО);
- членам одной семьи при обращении от 3-х человек (семейная скидка).

11.4. В клинике в соответствии с законодательством Российской Федерации установлены права определенных категорий лиц внеочередное оказание медицинской помощи.

Право на внеочередное оказание медицинской помощи имеют:

- участники Великой Отечественной войны, инвалиды Великой Отечественной войны и приравненные к ним категории граждан
- лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда»
- военнослужащие, проходившие военную службу в воинских частях, учреждениях, военно-учебных заведениях, не входивших в состав действующей армии в период с 22 июня 1941 года по 3 сентября 1945 года, не менее шести месяцев
- военнослужащие, награжденные орденами или медалями СССР за службу в указанный период
- лица, работавшие в период Великой Отечественной войны на объектах противовоздушной обороны, местной противовоздушной обороны, строительстве оборонительных сооружений, военно-морских баз. аэродромов и других военных объектов в пределах тыловых границ действующих фронтов, операционных зон действующих флотов, на прифронтовых участках железных и автомобильных дорог
- ветераны боевых действий
- члены семьи погибших (умерших) инвалидов войны, участников Великой Отечественной войны и ветеранов боевых действий;
- Герои Социалистического Труда;

- полные кавалеры ордена Славы;
- Герои Советского Союза;
- Герои Российской Федерации;
- члены семей Героев Советского Союза, Героев Российской Федерации и полных кавалеров ордена Славы;
- полные кавалеры ордена Трудовой Славы;
- вдовы (вдовцы) Героев Социалистического Труда или полных кавалеров ордена Трудовой Славы, не вступившие в повторный брак (независимо от даты смерти (гибели) Героя Социалистического Труда или полного кавалера ордена Трудовой Славы);
- граждане, признанные пострадавшими от политических репрессий;
- реабилитированные лица
- лица, награжденные нагрудным знаком «Почетный донор России»
- граждане, подвергшиеся воздействию радиации вследствие радиационных катастроф
- иные категории граждан в соответствии с законодательством Российской Федерации.

11.5. Основанием для оказания медицинской помощи вне очереди является документ, подтверждающий принадлежность гражданина к одной из категорий граждан, которым в соответствии с законодательством Российской Федерации предоставлено право на внеочередное оказание медицинской помощи.

Приложение № 1 к Правилам внутреннего распорядка ООО «ДЕНТАЛ-КЛИНИК»

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА КОМПЛЕКС МЕДИЦИНСКИХ ОБСЛЕДОВАНИЙ

Настоящее информированное согласие разработано на основании ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Приказа Минздравсоцразвития РФ № 390н от 23 апреля 2012 года, Приказа Минздрава РФ № 1051н от 12.11.2021 года и адаптировано для целей оказания стоматологических услуг.

Я, _____

(фамилия, имя, отчество гражданина либо законного представителя)

«___» _____ _____ г. рождения, зарегистрированная/ый по адресу:_____

_____

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____

(**фамилия, имя, отчество пациента при подписании согласия законным представителем)**

«___» _____ _____ г. рождения, проживающего по адресу: _____

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи» (виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень: опрос, в том числе *выявление жалоб, *сбор анамнеза; *осмотр, в том числе *пальпация, *перкуссия, *аускультация, *антропометрические исследования, *термометрия, *тонометрия; *неинвазивные *исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); *лабораторные методы обследования, в том числе рентгенологические методы обследования, *введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, в переходную складку) мною/лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ДЕНТАЛ-КЛИНИК».

Медицинским работником ООО «ДЕНТАЛ-КЛИНИК»_____представлена вся информация о том, что информированное добровольное согласие на комплекс обследований дается пациентом либо его законным представителем один раз при первичном обращении в медицинскую организацию и действует без ограничения срока. Я понимаю, что в целях проведения полноценного и качественного обследования мне, лицу, законным представителем которого я являюсь либо моему ребенку, правильного выбора методов лечения врачу-стоматологу может потребоваться провести:

1. Опрос, в том числе, выявление жалоб, сбор анамнеза. Опрос сопровождается занесением информации о пациенте в медицинскую карту. Частью сбора анамнеза является заполнение пациентом Анкеты о здоровье и дальнейшее обсуждение их с лечащим врачом.

2. Осмотр, в том числе: - пальпация (метод медицинского обследования, основанный на осязательном ощущении, возникающем при движении и давлении пальцев или ладони руки. С помощью пальпации определяют свойства тканей и органов: их положение, величину, форму, консистенцию, подвижность, топографические соотношения, а также болезненность исследуемого органа); Пальпацию челюстно-лицевой области и смежных областей производят пальцами одной руки, а другой рукой удерживают голову в необходимом для этого положении. На стоматологическом приеме осуществляется пальпация челюстно-лицевой области (головы, шеи, мышц и мягкотканных образований полости рта), а также плечевого пояса и некоторых отделов позвоночника. - перкуссия - в стоматологии проводится с помощью стоматологических инструментов при открытой полости рта, легко постукивая инструментом по различным участкам поверхностей зуба. Целью осмотра является оценка внешнего вида и симметричности лица, цвета и состояния кожных покровов, состояния лимфатических узлов, слизистой оболочки полости рта, определение числа зубов, их положения, цвета и состояния.

3. Рентгенологическое исследование в стоматологии – неинвазивный, высокодостоверный и быстрый метод визуализации зубочелюстной области (челюстно-лицевой области) и прилегающих структур, позволяющий в кратчайшие сроки получить информацию о текущей патологии, выявить скрытую патологию, спланировать и проконтролировать необходимое пациенту лечение.

- интраоральная рентгенография зубов - цифровой снимок в области одного или нескольких рядом стоящих зубов и прилегающих структур в высоком разрешении.

3.1. Противопоказания:

- беременность;
- проведение рентгенологического обследования внутренних органов (желудка, кишечника и т.п.), позвоночника в течение одной недели до и после дентальной КТ;
- отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф;
- проведение курса лучевой терапии по поводу сопутствующих заболеваний – менее чем за 6 месяцев до настоящего времени;
- работа, связанная с использованием источников ионизирующего излучения).

3.2. Информация о лучевой нагрузке на пациента: лучевая нагрузка при выполнении радиовизиографии - 0,2-0,9 мкЗв.

3.3. Максимальная лучевая нагрузка на пациента в год при профилактических исследованиях по данным Всемирной организации здравоохранения 1000 мкЗв в год. Верхний порог лучевой нагрузки при диагностических (подчеркнуть) исследованиях, в том числе и для детей, не установлен.

4. Инструментальное обследование (один из самых главных методов диагностики, проводится с использованием стоматологического зеркала, специальных зондов, позволяет оценить состояние каждого зуба, состояние эмали, наличие кариозных полостей и некариозных поражений, состояние пародонта).

5. Применение цифровой внутриротовой видеокамеры (используется для визуализации и позволяет получить изображение зубов и слизистой оболочки полости рта с увеличением до 100 раз п).

6. Специальные методы диагностики стоматологических состояний и заболеваний, в частности:

- электроодонтодиагностика (метод оценки возбудимости чувствительных нервов зуба при их раздражении электрическим током);
- температурная проба (метод оценки состояния сосудисто – нервного пучка зуба), необходима для постановки диагноза, проводится путем прикладывания к зубу смоченного ватного шарика;
- диагностическое препарирование – для решения вопроса сохранения или удаления зуба;
- создание диагностических моделей челюстей пациента (необходимы для постановки диагноза и для контроля лечения, то есть, оценки начального состояния, после препарирования, после наложения и фиксации протезов) и другие методы.

7. Проведение инъекции внутримышечных/внутривенных/подкожных/в переходную складку лекарственных препаратов. Место для проведения инъекций лекарственных препаратов выбирается специалистом клиники. Наиболее типичные места – локтевые сгибы, тыльная сторона кисти, плечо, верхненаружный квадрант ягодицы, переходная складка в полости рта. Во время манипуляции могут возникнуть непредвиденные ситуации, аллергические реакции ,осложнения, требующие медицинской помощи, а также обстоятельства, препятствующие выполнению данной манипуляции, или выявится ситуация, требующая изменения плана манипуляции. В связи с этим уполномочиваю медицинский персонал клиники выполнить любую процедуру

или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением неопределенных ситуаций и осложнений.

8. Фотографирование (фотодокументация) - проводится цифровой фотокамерой с целью визуализации параметров челюстно-лицевой области (головы, шеи и полости рта). Используется для диагностики, планирования, оценки динамики и результата лечения, а также для коммуникации с зуботехнической лабораторией, для достижения эстетических результатов лечения, исходя из требований пациента. Необходимость фотодокументирования определяется каждым специалистом применительно к каждому конкретному случаю.

9. Помимо опроса, проводимого на любом приеме любого специалиста, все остальные перечисленные методы диагностики применяются при наличии соответствующих показаний и при правильном их применении:

- исключают внесение во внутреннюю среду организма болезнетворных вирусов и бактерий, чужеродных веществ; - не сопровождаются рисками для здоровья.

10. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и в доступной для меня форме мне разъяснено, что отказываясь от применения данных диагностических манипуляций я осознаю, что лишаю врача возможности получения более точной и достоверной информации о состоянии моего здоровья, лица, законным представителем которого я являюсь, либо моего ребенка.

11. В соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г.N323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь, (**ненужное зачеркнуть**) в том числе после смерти, может быть передана: _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Ознакомившись с перечнем диагностических мероприятий, применяемых в клинике, я даю согласие на их назначение и проведение мне, лицу, законным представителем которого я являюсь, либо моему ребенку любым из специалистов клиники, если их проведение необходимо для постановки или уточнения диагноза, а также выбора мероприятий по лечению. Я понимаю, что данный документ, имеет юридическую силу и является неотъемлемой частью медицинской карты пациента. Все термины данного информированного согласия, а также цели каждой диагностической манипуляции мне понятны, на возникшие вопросы получены полные и ясные мне ответы.

Я подписываю настоящее согласие на медицинское вмешательство, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя либо иных лиц, обладая необходимой информацией для принятия решения.

_____ _____

(подпись) фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя/родителя, контактный телефон)

_____

(подпись) фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника

" " 20 г.

(дата оформления)

Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения с учетом состояния здоровья пациента.

Приложение № 2 к Правилам внутреннего распорядка ООО «ДЕНТАЛ-КЛИНИК»

Отказ от медицинского вмешательства

Я, _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина либо законного представителя)

"_____" _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

в отношении _____ "__" _____ г. рождения,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения при подписании отказа законным представителем)

при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи в ООО «ДЕНТАЛ-КЛИНИК», отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств,

включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-

санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н:

_____

_____

(наименование вида (видов) медицинского вмешательства

Медицинским работником _____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния)

_____

_____

_____

(указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного(вышеуказанных) вида (видов) медицинск ого вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния)

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского вмешательства и дать согласие на его проведение.

_____ _____

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя гражданина)

_____ _____

(**подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)**

"____" _____ г.

(дата оформления)

ЭПИКРИЗЫ

Эпикриз № 1

Пациент(ка)_____пролечен(а) в ООО «ДЕНТАЛ-КЛИНИК» по поводу /полной/ частичной потери зубов (**нужное подчеркнуть**).

После проведенного лечения состояние органов полости рта вполне удовлетворительное, жевательная эффективность восстановлена. Проведена фотосъемка перед началом лечения, на этапах лечения и по его окончании. Проведены фонетические тесты: дикция без изменений. Пациент удовлетворен цветом, формой, размером зубов, соотношением зубов между собой и соотношением размера зубов и десны, десневого края. При проведении съемного протезирования пациенту продемонстрирована процедура и правила снятия-надевания протеза, после чего самостоятельно в присутствии врача снят и надет протез. Даны рекомендации по соблюдению гигиены полости рта, сбалансированному питанию.

ГАРАНТИЙНЫЙ ТАЛОН ВЫДАН: сроки гарантии _____; сроки эксплуатации_____с «_____»_____202___ года. **ГАРАНТИИ НЕ ПРЕДУСМОТРЕНЫ (нужное отметить**).

Рекомендовано посещение врача _____с кратностью _____раз в год.

Врач _____/_____ Пациент _____/_____/

Дата _____

Эпикриз № 2

Пациент(ка)_____пролечен(а) в ООО «ДЕНТАЛ-КЛИНИК» _____

(вид лечения)

по поводу _____

(диагноз)

Проведена фотосъемка перед началом лечения, на этапах лечения и по его окончании. После проведенного лечения состояние пациента вполне удовлетворительное, стабилизированное _____(указать), согласованные с пациентом задачи выполнены.

Даны рекомендации _____

(указать какие)

Рекомендовано посещение врача _____с кратностью _____раз в год.

Врач _____/_____ Пациент _____/_____/

Дата _____

Эпикриз № 3

Пациент(ка)_____пролечен(а) в ООО «ДЕНТАЛ-КЛИНИК» по поводу кариозной болезни (компенсированная, субкомпенсированная, декомпенсированная), осложненного кариеса, заболеваний тканей пародонта и СОПР (**нужное подчеркнуть**). Проведена фотосъемка перед началом лечения, на этапах лечения и по его окончании.
После проведенного лечения состояние органов полости рта вполне удовлетворительное, жевательная эффективность восстановлена. Даны рекомендации по соблюдению гигиены полости рта, сбалансированному питанию.
Рекомендовано:

1. Альфадол кальция по 1 капсуле 1 раз в сутки вечером **или** кальций Д-3 - никомед по 2 табл. 1 раз в сутки.
2. Дуовит: красная таблетка до 12 часов, синяя – после 17 часов.
3. Кламин по 1 табл. в сутки за 15 минут до еды в течение 1 месяца или морская капуста 2 чайные ложки в день.
4. Аппликации с зубной пастой «Новый Жемчуг фтор» -10 дней, «Новый Жемчуг кальций» -10 дней. Или чистка зубов фторсодержащими зубными гелями: «Флюодент»,«Флюоокаль», «Elmex», «Blend-a'med», "Colgate" "Signal* -10 дней завершив курс кальций-фосфатсодержащими пастами "Ремодент", «Жемчуг», «Арбат» - 20 дней. Процедуру повторить.
5. Ополаскивание эликсирами: «Oral-B» очень интенсивно, 1 раз в день, в течение 30 – 60 секунд, пропуская раствор между зубами не принимать пищу в течении 30 – 60 минут после полоскания или эликсиром «Специальный».

Рекомендовано посещение врача _____с кратностью _____раз в год.
Врач _____/_____ Пациент _____/_____/
Дата _____

Эпикриз № 4

Пациент(ка)_____пролечен(а) в ООО «ДЕНТАЛ-КЛИНИК» по поводу /полной/ частичной потери зубов (**нужное подчеркнуть**). Проведена фотосъемка перед началом лечения, на этапах лечения и по его окончании. После проведенного лечения состояние органов полости рта вполне удовлетворительное, жевательная эффективность восстановлена. Даны рекомендации по соблюдению гигиены полости рта, использовании изготовленной конструкции, сбалансированному питанию.

ГАРАНТИЙНЫЙ ТАЛОН ВЫДАН: сроки гарантии _____; сроки эксплуатации_____с «_____»_____202___ года. **ГАРАНТИИ НЕ ПРЕДУСМОТРЕНЫ (нужное отметить)**.
Рекомендовано посещение врача _____с кратностью _____раз в год.
Врач _____/_____ Пациент _____/_____/
Дата _____

Эпикриз № 5

Пациент(ка)_____ пролечен(а) в ООО «ДЕНТАЛ-КЛИНИК» по поводу дефекта твердых тканей зуба (зубов) (**указать**) с изготовлением _____
вид работы
Проведена фотосъемка перед началом лечения, на этапах лечения и по его окончании. В результате проведенного лечения восстановлена анатомическая форма, эстетика, целостность зубного ряда верхней/нижней челюсти, жевательная эффективность в полном объеме (**нужное подчеркнуть**).
После проведенного лечения состояние пациента вполне удовлетворительное, стабилизированное _____(**указать**),
согласованные с пациентом задачи выполнены.
Даны необходимые рекомендации по уходу за полостью рта и использованию изготовленной конструкции.
В диспансерном наблюдении нуждается/не нуждается.
ГАРАНТИЙНЫЙ ТАЛОН ВЫДАН: сроки гарантии _____; сроки эксплуатации_____с «_____»_____202___ года. **ГАРАНТИИ НЕ ПРЕДУСМОТРЕНЫ (нужное отметить)**.
Рекомендовано посещение врача _____с кратностью _____раз в год с профилактической целью.
Врач _____/_____/ Пациент _____/_____/
Дата _____

Эпикриз № 6

Пациент(ка)_____ пролечен(а) в ООО «ДЕНТАЛ-КЛИНИК» по поводу частичной/полной потери зубов_____(**указать**)
с изготовлением _____
вид протеза
Проведена фотосъемка перед началом лечения, на этапах лечения и по его окончании. В результате ортопедического лечения восстановлена эстетика, целостность зубного ряда верхней/нижней челюсти, жевательная эффективность в полном объеме (**нужное подчеркнуть**).

После проведенного лечения состояние пациента вполне удовлетворительное, стабилизированное _____(**указать**), согласованные с пациентом задачи выполнены.

Даны необходимые рекомендации по уходу за полостью рта и ортопедической конструкцией.

В диспансерном наблюдении нуждается/не нуждается.

ГАРАНТИЙНЫЙ ТАЛОН ВЫДАН: сроки гарантии _____; сроки эксплуатации_____с «_____»_____202___ года. **ГАРАНТИИ НЕ ПРЕДУСМОТРЕНЫ (нужное отметить**).

Рекомендовано посещение врача _____с кратностью _____раз в год с профилактической целью.

Врач _____/_____/ Пациент _____/_____/

Дата _____

Приложение № 4 к Правилам внутреннего распорядка ООО «ДЕНТАЛ-КЛИНИК»

ГАРАНТИЙНЫЙ ТАЛОН НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ УСЛУГИ

Общество с ограниченной ответственностью «ДЕНТАЛ-КЛИНИК» при оказании платных стоматологических услуг

Фамилия, имя, отчество пациента _____

_____

дата оказания услуги вид услуги

гарантирует:

Условия психологического комфорта и безболезненного проведения лечебно-диагностических манипуляций.

Использование сертифицированных пломбировочных, зубопротезных материалов, слепочных масс и прочих стоматологических материалов, препаратов и средств.

Соблюдение санитарно-эпидемиологического режима.

Соблюдение сроков гарантии в течение_____месяцев, сроков эксплуатации _____ месяцев.

Примечание 1:

Гарантийные сроки терапевтических работ действительны для пациентов с единичным кариесом и компенсированным стабилизированным течением кариеса;

- при КПУ зубов - 13-18 сроки снижаются на 30%;
- при КПУ более 18 сроки снижаются на 50%;
- при неудовлетворительной гигиене полости рта сроки уменьшаются на 70%.

Гарантийные сроки и сроки службы для ортопедических работ снижаются на 50% при неудовлетворительной гигиене полости рта.

При протезировании на импланты сроки гарантии и службы устанавливаются только на ортопедическую конструкцию с момента ее постановки в полости рта.

При нарушении графиков профилактических осмотров, рекомендуемых планом лечения (запись в амбулаторной карте, информированном согласии или договоре), гарантия аннулируется.

Исполнитель обязан в случае обнаружения недостатков в период гарантийного срока:

- безвозмездно устранить их;
- безвозмездно повторно выполнить услугу;
- возместить убытки, понесенные пациентом по устранению недостатков выполненной услуги своими силами или другими лицами, в случае если доказано, что недостатки были обнаружены.

Примечание 2:

Гарантийные сроки не устанавливаются на лечение корневых каналов зубов и импланты.

Исполнитель _____ _____

Директор

Приложение № 5 к Правилам внутреннего распорядка ООО «ДЕНТАЛ-КЛИНИК»

Уважаемый пациент!

Успешность стоматологического лечения может зависеть от наличия и степени развития общих заболеваний организма. Врачу-стоматологу очень важны сведения о состоянии Вашего здоровья. Они помогут правильно составить план лечения, обеспечить безопасность и эффективность проведения лечебных мероприятий, дать обоснованные гарантии на выполненную работу. Неправильная информация может повредить Вашему здоровью!

АНКЕТА О ЗДОРОВЬЕ ПАЦИЕНТА за 20_____год.

Отвечая на вопросы анкеты, необходимо **обвести** нужный вариант ответа «ДА» или «НЕТ» по каждому пункту. Сообщенные Вами данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам. Конфиденциальность гарантируется.

Последнее общемедицинское обследование_____(месяц и год).

Заболевание сердца	ДА НЕТ
Инфаркт миокарда	ДА НЕТ
Наличие кардиостимулятора	ДА НЕТ
Заболевания сосудов	ДА НЕТ
Инсульт	ДА НЕТ
Повышается артериальное давление	ДА НЕТ
Понижается артериальное давление	ДА НЕТ
Заболевания крови	ДА НЕТ
Нарушение свертываемости крови	ДА НЕТ
Заболевание печени	ДА НЕТ
Заболевания почек	ДА НЕТ
Сахарный диабет	ДА НЕТ
Туберкулез	ДА НЕТ
Заболевания щитовидной, паращитовидной и др. желез	ДА НЕТ
Эпилепсия, другие заболевания центральной и периферической нервной системы	ДА НЕТ
Заболевания легких	ДА НЕТ
Бронхиальная астма	ДА НЕТ
СПИД	ДА НЕТ
Заболевания кожи	ДА НЕТ
Нейродермит	ДА НЕТ
Грибковые заболевания (были, есть)	ДА НЕТ
Заболевания костной системы, суставов	ДА НЕТ
Наличие постоянно или периодически принимаемых лекарственных препаратов	ДА НЕТ
Проводилось ли лечение других заболеваний за прошедшие дни, недели, месяцы	ДА НЕТ
Состою на учете в лечебном учреждении	ДА НЕТ
Проводилось ли исследование на СПИД (если да, то когда?) _____год	ДА НЕТ
Инфекционные заболевания(гепатиты А,В,С и другое) году	ДА НЕТ
Инфекционные заболевания (за последний год)	ДА НЕТ
Заболевания желудочно-кишечного тракта	ДА НЕТ
Частые рвоты	ДА НЕТ
Травмы	ДА НЕТ
Сотрясение головного мозга	ДА НЕТ
Операции	ДА НЕТ
Заболевания глаз	ДА НЕТ
Глаукома (повышение внутриглазного давления)	ДА НЕТ
Заболевания ЛОР органов (уха, горла, носа)	ДА НЕТ
Заболевание гайморовых пазух	ДА НЕТ
Бывают длительные боли в горле или затрудненное глотание	ДА НЕТ
Постоянно увеличены лимфатические узлы (железы)	ДА НЕТ
Периодически появляются багровые или красные участки на коже, сыпь	ДА НЕТ
Ночная потливость	ДА НЕТ
Дисбактериоз кишечника, частые диареи (поносы)	ДА НЕТ
Беспричинные головные боли	ДА НЕТ
Отмечается потеря веса за последние 6 месяцев	ДА НЕТ
Венерические заболевания	ДА НЕТ
Онкология	ДА НЕТ
Проводилось ли переливание крови	ДА НЕТ
Проводились ли уколы (инъекции) за последние 6 месяцев	ДА НЕТ
Проводилась лучевая терапия, химиотерапия за последние 10 лет	ДА НЕТ
Другие заболевания (указать какие)	ДА НЕТ

!!! Аллергический анамнез.

Аллергические реакции на (указать на что у Вас возникают аллергические реакции, в том числе и лекарственные препараты на которые возникает аллергия) _____

_____

Бывает ли одышка, головокружение, потеря сознания и т.д. при введении анестетиков или других лекарственных препаратов ДА НЕТ

Для пациенток.

Беременны ли Вы	ДА	НЕТ
Являетесь ли Вы кормящей матерью	ДА	НЕТ
Имеются ли нарушения менструального цикла, климакс	ДА	НЕТ
Принимаете ли Вы противозачаточные препараты	ДА	НЕТ

Последнее посещение врача-гинеколога в _____году.

Стоматологический анамнез.

Последнее посещение врача-стоматолога_____(месяц и год).

Наличие болей, щелканья в нижнечелюстном суставе	ДА	НЕТ
Бруксизм (скрежетание зубами)	ДА	НЕТ
Кровоточивость десен при чистке зубов	ДА	НЕТ
Появления герпеса («простуды») на губах _____раз в год	ДА	НЕТ
Появление трещин губ, заед	ДА	НЕТ
Периодическое появление язвочек в полости рта	ДА	НЕТ
Периодическая сухость во рту	ДА	НЕТ
Постоянная сухость во рту	ДА	НЕТ
Чувствуется запах изо рта	ДА	НЕТ
Хотелось бы изменить цвет зубов	ДА	НЕТ
Хотелось бы изменить форму зубов	ДА	НЕТ
Сколько раз в сутки проводится гигиена полости рта		
Пользовался ранее протезами	ДА	НЕТ

Анамнез жизни

Родились, провели детство в (указать место рождения, место жительства в детстве)		
Проживаете в Ставрополе (указать с какого года)		
Выезжали ли из Ставрополя за последние 6 месяцев	ДА	НЕТ
Наличие хронических интоксикаций (курение, прием алкоголя, наркотических средств)	ДА	НЕТ
Наличие профессиональных вредностей (излучение, выс. давление, вибрация и другое)	ДА	НЕТ
Регулярно и достаточно ли Вы питаетесь	ДА	НЕТ
Имеются ли наследственные заболевания	ДА	НЕТ
Имеются ли нарушения режима и ритма жизни	ДА	НЕТ

Я достоверно ответил(а) на пункты анкеты. Дополнительно хочу сообщить о состоянии своего здоровья следующее:_____

1. Я понимаю, что сведения о состоянии здоровья надо периодически обновлять.
2. Мне известно, что результаты лечения(выполнения работ) зависят от состояния моего здоровья.
3. Я знаю, что в случае приема лекарственных препаратов перед посещением стоматолога мне надо сообщить об этом врачу.
4. Я информирован(а) о необходимости выполнения рентгенологических исследований в положенных случаях перед стоматологическим лечением и по завершении плана лечения, а также о том, что при необходимости надо будет дополнительно сделать прицельные рентгеновские снимки зубов.

«____»_____20__г. Подпись пациента_____/_____(ФИО).

Разрешение на лечение законного представителя (недееспособного, ограниченно дееспособного и находящегося под опекой лица)

Я,_____, даю согласие на лечение _____ у врача-стоматолога и в интересах сохранения здоровья и качественного оказания медицинских услуг проводить все необходимые медицинские услуги и манипуляции, в том числе анестезию и рентгенологическую диагностику.

«____»_____20__г. Подпись пациента_____/_____(ФИО).
или законного представителя