

## Условия выполнения гарантийных обязательств в ООО «Мой стоматолог» Приложение №2

1. Если в период действия гарантий у Пациента не проявятся общие заболевания, а так же физиологические изменения организма (вследствие беременности, приема лекарств, вредных внешних воздействий), способные негативно повлиять на результаты стоматологического лечения.
2. Если Пациент соблюдает гигиену полости рта и другие указания стоматолога.
3. Если Пациент посещает профилактические осмотры, согласно назначению врача.
4. Если в период лечения у Врача Пациент не будет лечить то же самое у специалиста другой клиники.
5. Если при обращении за неотложной помощью в другую клинику Пациент предоставит нам выписку из амбулаторной карты и рентгеновские снимки, фиксирующие результаты вмешательства.
6. Если выявленные недостатки нашей работы будут исправляться в нашей клинике.

**При невыполнении данных Условий Гарантийный срок может быть снижен, вплоть до аннулирования гарантии.**

### Средние сроки гарантийных обязательств

ФИО: №	Гарантия	Явка на профосмотр через:	Средние сроки гарантийных обязательств		
			12 мес.	6 мес.	3 мес.
1	На герметизацию фиссур	6 мес.	3 мес.	2 мес.	
2	На лечение кариеса	1 год	6 мес.	3 мес.	
3	На временную пломбу, временную фиксацию временных коронок	12 час.	12 час.	12 час.	
4	На штифтово-культевую конструкцию при подготовке зуба под коронку	3 мес.	2 мес.	1 мес.	
5	На полуреставрацию или реставрацию	1 год	6 мес.	3 мес.	
6	На временное протезирование	3 мес.	2 мес.	1 мес.	
7	На постоянное протезирование	1 год	6 мес.	3 мес.	

**Примечания:** (К-кариес; П-пломба; У-удаленный зуб)

**Причины возможного снижения гарантийного срока лечения, зависящие от Пациента:** - Плохая гигиена полости рта..

- Активное курение; прием алкоголя, наркотических средств.
- Беременность и кормление грудью или прерванные беременности в течение предшествующих 6 месяцев.
- Наличие обменных нарушений, системных, хронических заболеваний у Пациента.
- Повышенная кислотность желудочного сока, повышенное слюноотделение (в т.ч. на голодный желудок).
- Снижение иммунитета, проявляющегося в т.ч. частыми простудными заболеваниями.
- Прием гормональных, психотропных, кислотоодержащих препаратов, проведение химио- или лучевой терапии.
- Невыполнение рекомендаций врача, направленных на укрепление эмали зубов и нормализацию состояния десен.
- Невыполнение рекомендаций врача по приему лекарственных препаратов.
- Самолечение (применение процедур и медикаментов, не назначенных врачом).
- Отказ от полного обследования, что может привести к несвоевременному оказанию помощи в полном объеме и постановке неверного диагноза.
- Отказ от санации (терапевтической и хирургической), что ведет к сохранению очагов хронической инфекции, влияющих на общее здоровье.
- Отказ от своевременного протезирования, что ведет к возникновению деформаций и ускоренного разрушения зубо-челюстной системы.

**При проведении медицинских манипуляций** с использованием любых лекарственных средств **возможно** развитие аллергической реакции немедленного или замедленного типа. При появлении любого из симптомов (головокружение, тошнота, зуд, беспокойство, покраснение кожи или слизистых оболочек, затруднение дыхания или затуманенность зрения) пациент обязан поставить в известность об этом своего лечащего врача-стоматолога.

Также возможны следующие осложнения при лечении:

- 1) Кариес:** послеоперационная повышенная чувствительность зуба (быстроходящая), от кислого, температурных раздражителей и иногда при накусывании, прогрессирование кариеса и развитие его осложнений.
- 2) Пульпита:** боли от температурных раздражителей и при накусывании, отек; откол стенки зуба или его перелом; со временем потемнение зуба; прогрессирование процесса и развитие периодонтита.
- 3) Периодонтита:** боли при накусывании, отек, откол стенки зуба или его перелом; со временем потемнение зуба; прогрессирование процесса, влекущее удаление зуба.
- 4) Пародонтита:** повышение чувствительности от кислого и температурных раздражителей; прогрессирование процесса, оголение шеек зубов и усиление их подвижности, вплоть до удаления зуба.
- 5) Местная анестезия:** парестезия (ощущение онемения мягких тканей), гематома, болезненность и инфицирование места инъекции.

С условиями гарантийного обслуживания и возможными осложнениями ознакомлен(а), все понял(а), согласен (согласна).

Подпись Пациента (фамилия полностью) \_\_\_\_\_ «\_\_» 20\_\_ г. Подпись врача \_\_\_\_\_

### Информированное добровольное согласие пациента на лечение заболеваний пародонта

Мне, \_\_\_\_\_, доктор \_\_\_\_\_ сообщил, что показано комплексное лечение заболеваний пародонта, ортодонтическое и ортопедическое лечение, включающее санацию. Мне разъяснили и мне понятно, что при этом лечении возможны: - потеря зубов вследствие прогрессирования процесса, - периодические обострения заболевания, требующие дополнительного профилактического лечения, - возникновение неотложных состояний в процессе лечения (особенно хирургического), связанные с применением лекарственных средств, анестезии (обморок, коллапс, шок), - опущение дискомфорта, болезненности, возникновение реактивного отека, воспаления послеперационного периода, ретракция десны (оголение шеек корней зубов), повышение чувствительности шеек зубов.

Я понимаю, что прием лекарственных средств без назначения лечащего врача, а также алкоголь, наркотические средства, курение могут неблагоприятно повлиять на процесс заживления, уменьшить вероятность успеха лечения.

Я обещаю в послеперационный период, оговоренный врачом, соблюдать щадящую диету, гигиену полости рта, прием назначенных лекарственных средств.

Я понимаю, что результат лечения мне не гарантирован, но также я понимаю, что мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, соблюдение методов лечения и применение качественных материалов. Я осознаю, что преимущества предлагаемого лечения значительно перевешивают возможные осложнения, поэтому я добровольно даю согласие на проведение лечения.

Я получил исчерпывающую информацию по предлагаемому лечению и согласен с ним.

Подпись Пациента (фамилия полностью) \_\_\_\_\_ «\_\_» 20\_\_ г. Подпись врача \_\_\_\_\_

## **Информированное добровольное согласие пациента на эндодонтическое лечение**

Мне, \_\_\_\_\_, доктор \_\_\_\_\_ сообщил,  
что показано лечение корневых каналов зуба

Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания и развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; образование кисты, потеря зуба; а также поражения других органов и систем.

Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба, отсутствие лечения как такового.

**Доктор понятно разъяснил мне метод и возможные осложнения предложенного лечения:**

- ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся до нескольких дней, по поводу чего доктор может назначить лечение;
  - отечность десны в области леченного зуба или лица после лечения, которые могут сохраняться в течение нескольких дней;
  - в случае недостижения положительного результата вследствие прогрессирования инфекционного процесса (~ 5-10% случаев) может потребоваться повторное лечение, хирургическое вмешательство в области верхушки корня или удаление зуба;
  - переломы инструментов во время лечения корневого канала, связанные с анатомическими особенностями зуба, которые, при невозможности их удаления из корневого канала, могут быть оставлены в леченном канале или может потребоваться их хирургическое удаление;
  - перфорация корневого канала, что может потребовать хирургической коррекции или привести к преждевременной утрате зуба;
  - преждевременная утрата зуба вследствие прогрессирования заболевания пародонта.

**При перелечивании или лечении искривлённых корневых каналов, процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается из-за:** - невозможности удалить старую корневую пломбу, либо металлический штифт из корневого канала;

- сильной кальцификации корневых каналов, что повышает вероятность возникновения перфораций, поломки инструментов

Если возникает необходимость лечения корневых каналов зуба, покрытого коронкой, то в ходе создания доступа к каналам зуба возможно повреждение конструкции, которое может быть необратимым и повлечет необходимость снятия всей ортопедической конструкции. Также, может произойти перелом самого зуба, что может привести к его удалению.

Даже при успешном исходе лечения, нельзя дать гарантии, что этот зуб не подвергнется карниозному разрушению или перелому в будущем.

Я понимаю, что после лечения корневых каналов мой зуб будет более хрупким и, по усмотрению лечащего врача, его нужно будет защитить от передлома путем установления коронки (вкладыша). Я понимаю, что обязан явиться на контрольный осмотр в исходном временном промежутке.

При леплении каналов результат не гарантирован из-за биологических особенностей организма, ошибки гравитации и т.д.

При лечении каналов результат не гарантирован из-за биологических особенностей организма, однако гарантировано проведение лечения

Я имел возможность задать все интересующие меня вопросы и получил исчерпывающую информацию по предлагаемому лечению и согласен с тем, что Пантина (Фенилкетонуровая кислота) — 20 г. Помимо этого, я буду принимать витамины группы В.

Информированное добровольное согласие на проведение рентгенологического исследования

Задание № 1. Договор о добровольном согласии на проведение рентгенологического исследования

/составлено в соответствии со статьями 30, 31, 32, 33 Основ законодательства РФ об  
проверке вранья.

, доверяю врачу назначать проведение рентгенологического исследования с целью постановки и уточнения диагноза, улучшения качества оказания стоматологических услуг, составления рационального плана протезирования, а также делать клинические описания снимков.

Согласно Закону РФ об охране граждан, принимать решения о разрешении рентгенодиагностики имеют право граждане с 15 лет, а до наступления данного возраста решение принимают родители (опекун) в лице

Врач разъяснил мне все возможные реакции организма на проведение рентгенологического исследования, его пользу и вред. Я осознаю, что средняя доза облучения при проведении ортопантомограммы = 0,004 мЗв, прицельного снимка = 0,0004 мЗв. Допустимая годовая доза облучения составляет 20 мЗв (СанПин 2.6.1.758-99).

Мне объяснили, что беременность не является абсолютным противопоказанием к рентгенодиагностике, но я обязуюсь сообщить врачу о возможной или планируемой беременности.

Я предупрежден, что все рентгеновские снимки зубов остаются в медицинской карте, так как являются юридическим документом и могут быть затребованы контролирующими и правоохранительными органами по официальному запросу.

Мне разъяснено, что я имею право на отказ от рентгенологического исследования. О всех последствиях отказа я предупрежден.

Я подтверждаю, что прочитал (а) все вышеизложенное и имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие меня вопросы, связанные с моим лечением и получил(а) на них полностью понятные ответы.

**Подпись Пациента (фамилия полностью)** \_\_\_\_\_ «\_\_\_\_» \_\_\_\_ 20\_\_ г. Подпись врача\_\_\_\_\_

## **Лист учета дозовых нагрузок и согласие Пациента на рентгенологическое исследование:**