

Приложение № 1 к приказу

от 15.08.2023 г. № 22-пф

УТВЕРЖДАЮ

Главный врач Медицинского центра «Авис»

ООО «Силуэт»

О.Н. Игнатова

15.08.2023 г.



## Правила

**О предоставлении платных медицинских услуг  
в Медицинском центре «Авис» (ОП г. Сестрорецк, ОП г. Мурино) ООО «Силуэт»**

### 1. Общие положения

1.1. Настоящие правила предоставления платных медицинских услуг (далее - Правила) в Медицинском центре «Авис» (далее – Центр) (ОП г. Сестрорецк, ОП г. Мурино) ООО «Силуэт» (далее – Общество) разработаны в соответствии:

- с частью 7 статьи 84 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ (в редакции от 24.07.2023г.) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";
- статьей 39.1 Федерального закона Российской Федерации от 07.02.1992 г. № 2300-1 (в редакции от 05.12.2022г.) "О защите прав потребителей";
- Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023г. N 736 "Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг";
- Приказом Минздрава РФ от 13.10.2017 г. № 804н (в редакции от 24.09.2020г, с изменениями от 26.10.2022г.) «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»;

и определяют требования к оказанию платных медицинских услуг (далее — Услуги) в Центре гражданам с целью более полного удовлетворения потребности населения в медицинской помощи.

1.2. Услуги предоставляются на основании перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданной в установленном порядке.

1.3. Для целей настоящих Правил используются следующие основные понятия:

1.3.1. **«Платные медицинские услуги»** - медицинские Услуги, предоставляемые на возмездной основе за счёт личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования (далее - Договор).

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

1.3.3. **«Потребитель»** - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги (Услуги) лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий Услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

1.3.4. **«Заказчик»** - физическое (юридическое) лицо, **имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее)** платные медицинские услуги (Услуги) в соответствии с договором в пользу Потребителя.

1.3.5. **«Исполнитель»** - Медицинский центр «Авис» (далее – Центр) (ОП г. Сестрорецк, ОП г. Мурино) ООО «Силуэт»

### 2. Основания и условия оказания платных медицинских услуг

2.1. При заключении Договора Потребителю (Заказчику) предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объёмов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - соответственно программа,



территориальная программа).

**2.2. Основаниями для оказания платных медицинских услуг являются:**

2.2.1. Добровольное желание гражданина или его законного представителя получить медицинскую услугу на возмездной основе.

2.3. Услуги оказываются Центром на основании Лицензии от 10.09.2020г. № ЛО41-01149-47\00356398, выданной Комитетом по здравоохранению Ленинградской области по следующим видам медицинской деятельности:

- оказание первичной доврачебной медико- санитарной помощи в амбулаторных условиях по рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии;
- оказание первичной врачебной медико- санитарной помощи в амбулаторных условиях по организации здравоохранения и общественному здоровью;
- оказание первичной специализированной медико- санитарной помощи в амбулаторных условиях по организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, рентгенологии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической;

2.4. Перечень и прейскурант цен платных медицинских услуг (Услуг), утверждаются приказом главного врача Центра ежегодно.

2.5. При оказании Услуг Центром соблюдаются порядки оказания медицинской помощи, а именно:

2.5.1. Оказание Услуг осуществляется в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, консультации и лечения, разрешёнными на территории Российской Федерации в полном объёме стандарта медицинской помощи либо по просьбе пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объёме, превышающем объём выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.5.2. Качество предоставляемых Центром Услуг должно соответствовать условиям заключённого договора с Потребителем (Заказчиком), а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.

2.5.3. Услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

2.6. Достоверная, доступная и бесплатная информация, включающая в себя сведения о Центре, месте его нахождения, сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности, перечень Услуг, порядок и условия их предоставления и оплаты, сведения о режиме работы Центра, сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении Услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, предоставляется посредством размещения на сайте Медицинского Центра в сети «Интернет» на сайте [aviscenter.ru](http://aviscenter.ru) и информационных стендах (стойках) Центра.

### **3. Информация об исполнителе и предоставляемых им платных медицинских услуг**

3.1. **Исполнитель предоставляет посредством размещения на информационных стендах (стойках) и на сайте медицинской организации в сети "Интернет" информацию, содержащую следующие сведения:**

- наименование организации;
- адрес места нахождения юридического лица, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;
- адрес своего сайта в сети "Интернет"
- сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности (номер и дата регистрации, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Центра в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего её лицензирующего органа);
- перечень Услуг с указанием цен в рублях,
- образцы договоров;
- перечень категорий Потребителей, имеющих право на получение льгот, а также перечень льгот, предоставляемых при оказании Услуг, в случае их установления ,



- информация о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

3.2. Информация, размещённая на информационных стендах (стойках), должна быть доступна неограниченному кругу лиц. Информационные стенды (стойки) располагаются в доступном для посетителей месте и оформляются таким образом, чтобы можно было свободно ознакомиться с размещённой на них информацией.

3.3. **Исполнитель предоставляет для ознакомления по требованию Потребителя и (или) Заказчика:**

- копию учредительного документа Общества - юридического лица;
- копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность организации.

3.4. **При заключении договора по требованию Потребителя и (или) Заказчика** им должна предоставляться в доступной форме информация об Услугах, содержащая следующие сведения:

- порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении Услуг;
- информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

3.5. До заключения договора исполнитель в письменной форме уведомляет Потребителя (Заказчика) о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, и правила поведения пациента в медицинских организациях. Несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего Услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой Услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

3.6. Исполнитель оформляет (установленные законодательством РФ требования к оформлению и ведению медицинской документации) Медицинскую карту стоматологического больного (**Приложение № 1**)

3.7. Исполнитель доводит до Потребителя и (или) Заказчика информацию о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации, а также сообщает почтовый адрес или адрес электронной почты (при наличии), на которые может быть направлено обращение (жалоба).

3.8. В случае если такая информация исполнителем не предоставлена, Потребитель и (или) Заказчик вправе направить обращение (жалобу) в любой форме и любым способом руководителю медицинской организации, контролирующим организациям.

3.9. При предъявлении Потребителем и (или) Заказчиком требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной Услуги), Исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований Потребителя Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей".

#### **4. Порядок заключения договора и оплаты Услуг**

4.1. **Договор заключается** Потребителем (Заказчиком) и Исполнителем в письменной форме.

4.2. **Договор должен содержать:**

4.2.1. *Сведения об Исполнителе:* наименование и фирменное наименование (если имеется) медицинской организации - юридического лица, адрес места нахождения, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию.

4.2.2. *Номер лицензии* на осуществление медицинской деятельности, дату её регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Центра в соответствии



с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего её лицензирующего органа.

4.2.3. *Сведения о Потребителе:* Фамилию, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон потребителя (законного представителя потребителя);

фамилию, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон Заказчика - физического лица;

наименование и адрес места нахождения Заказчика - юридического лица.

4.2.4. *Сведения о законном представителе* Потребителя или лице, заключающем договор от имени Потребителя:

фамилия, имя и отчество (при наличии), адрес места жительства и телефон;

данные документа, удостоверяющего личность;

4.2.5. *Сведения о Заказчике* (в том числе если Заказчик и законный представитель являются одним лицом):

фамилия, имя и отчество (при наличии), адрес места жительства и телефон Заказчика - физического лица;

данные документа, удостоверяющего личность Заказчика;

данные документа, удостоверяющего личность законного представителя Потребителя;

наименование и адрес заказчика - юридического лица в пределах его места нахождения, основной государственный регистрационный номер и идентификационный номер налогоплательщика;

4.2.6. *Перечень Услуг*, предоставляемых в соответствии с договором.

4.2.7. *Стоимость Услуг*, сроки и порядок их оплаты.

4.2.8. *Условия и сроки* предоставления Услуг.

4.2.9. *Должность, фамилию, имя, отчество* (если имеется) лица, заключающего договор от имени Исполнителя, и его подпись, фамилию, имя, отчество (если имеется) Потребителя (Заказчика) и его подпись. В случае если Заказчик является юридическим лицом, указывается должность лица, заключающего договор от имени Заказчика.

4.2.10. *Подписи* Исполнителя и Потребителя (Заказчика), а в случае если Заказчик является юридическим лицом, - должность лица, заключающего договор от имени Заказчика;

4.2.11. *Ответственность сторон* за невыполнение условий договора.

4.2.12. *Порядок изменения и расторжения* договора.

4.2.13. *Иные условия*, определяемые по соглашению сторон.

4.3. **Договор составляется в 3 экземплярах**, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Заказчика, третий - у Потребителя. В случае если договор заключается потребителем и исполнителем, он составляется в 2 экземплярах.

Договор хранится в порядке, определённом законодательством Российской Федерации об архивном деле в Российской Федерации.

4.4. На предоставление Услуг может быть составлен акт выполненных работ. Его составление по требованию Потребителя (Заказчика) или Исполнителя является обязательным, при этом он является неотъемлемой частью договора.

4.5. В случае если при предоставлении Услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя (Заказчика).

Без согласия Потребителя (Заказчика) Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные Услуги на возмездной основе.

4.6. В случае если при предоставлении Услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

4.7. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения Услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя (Заказчика) о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесённые Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

4.8. Исполнитель после исполнения договора, предоставляет по запросу в соответствии с действующим законодательством, для ознакомления Потребителя и (или) законному представителю Потребителя, медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских



документов), отражающие состояние его здоровья после получения Услуг.

## 5. Порядок предоставления Услуг

5.1. Услуги предоставляются при наличии следующих документов:

- Договор с приложениями (Рекомендуемый план лечения, Выполняемый план лечения),
- Согласие на обработку персональных данных Потребителя (законного представителя Потребителя) (Приложение № 2,3),
- Анкета о здоровье Потребителя (Приложение № 4),
- Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства (Приложение № 5,6,7,8,9,10,11),
- Лист первичного осмотра больного (Приложение № 12)

5.2. Исполнитель предоставляет Потребителю (законному представителю потребителя) по его просьбе и в доступной для него форме информацию:

- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;
- об используемых при предоставлении Услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

5.3. Исполнитель обязан при оказании Услуг соблюдать установленные действующим законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учётных и отчётных статистических форм, порядку и срокам их представления.

5.4. При предоставлении Услуг гражданам иностранных государств (нерезидентам) Исполнитель обеспечивает передачу сведений об осуществлении медицинской деятельности в отношении нерезидентов в соответствии с указаниями Центрального банка Российской Федерации.

5.5. При оказании Услуг обязанность Исполнителя по возврату денежной суммы, уплаченной Потребителем и (или) Заказчиком по договору, возникает в соответствии с главой III Закона Российской Федерации "О защите прав потребителей" от 07.02.1992 г. № 2300-1 (в редакции от 05.12.2022 г.).

## 6. Цены на платные медицинские услуги и порядок оплаты

6.1. Стоимость Услуг определяется на основании приложений к договору, с учётом всех расходов, связанных с предоставлением этих Услуг. Цена на Услуги выражается в рублях.

6.2. Цены на Услуги формируются Центром и утверждаются в соответствии с действующим прейскурантом на момент заключения договора.

6.3. Центр вправе по своему усмотрению предоставлять льготы для отдельных категорий граждан в соответствии с локальными нормативными актами (далее - ЛНА) Центра.

6.4. Оплата Услуг производится путём безналичных расчётов банковской картой по терминалу или путём внесения наличных денег непосредственно в кассу Центра с выдачей документа, подтверждающего оплату - кассового чека.

6.5. По просьбе лица (Потребитель, Заказчик), оплатившего Услуги, Центр выдает справку об оплате медицинских услуг (Приложение № 13) для представления в налоговые органы Российской Федерации установленной формы.

## 7. Контроль за предоставлением Услуг и ответственность Исполнителя

7.1. Контроль за организацией и качеством оказания Услуг, а также правильностью взимания платы за оказанные Услуги осуществляет в пределах своей компетенции территориальная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

7.2. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несёт ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.

7.3. Вред, причинённый жизни или здоровью Потребителя (Заказчика), в результате предоставления некачественной Услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Исполнительный директор



Л.П. Верменская





**ООО «Силуэт»**  
ОГРН 1107847365911,  
ИНН/КПП 7814482451 \ 781401001  
Юрид. адрес: 197374, Санкт-Петербург, Торфяная дорога,  
д. 2, корп. 2, офис 123,  
р/сч 40702810502890036738 в ПАО АКБ «АВАНГАРД»  
к/сч. 3010181000000000201 БИК 044525201,  
Тел./факс 8 (812) 340-56-78, e-mail: [siluet-2011@mail.ru](mailto:siluet-2011@mail.ru)

**Медицинский центр «Авис»**  
КПП 470345001  
Факт. адрес: Ленинградская область,  
Всеволожский муниципальный район,  
188662, г. Мурино, Воронцовский бульвар,  
дом 18, помещение 22Н  
Тел.8 996-779-31-38  
e-mail: [avismyrino@mail.ru](mailto:avismyrino@mail.ru),  
сайт: <http://aviscenter.ru>

## МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА стоматологического больного

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

Пол (М. Ж.) \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Профессия \_\_\_\_\_

Приложение № 2  
к Правилам от 01.09.2023г., приказ 22-пф

## СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

г. Санкт-Петербург \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_,

(Ф.И.О.)

Проживающий (ая) по адресу \_\_\_\_\_

паспорт № \_\_\_\_\_ выдан (кем и когда) \_\_\_\_\_

в соответствие с требованием статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. No 152-ФЗ (ред. от 05.12.2022г.) «О персональных данных» и в связи с обращением за медицинской помощью **даю согласие Медицинскому центру «Авис» ООО «Силуэт»** (далее – Медицинский центр «Авис»), Ленинградская область, Всеволожский муниципальный район, 188662, г. Мурино, Воронцовский бульвар, дом 18, помещение 22Н **на обработку персональных данных**, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью (в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг) при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

**Предоставляю** Медицинскому центру «Авис» **право** осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, а также передачу моих персональных данных, содержащих сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Медицинского центра «Авис» в интересах моего обследования и лечения.

**Медицинский центр «Авис» 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 (документов) по ОМС и ДМС.

**Срок хранения моих персональных данных** соответствует сроку хранения первичных медицинских документов в медицинском центре – 25 лет.

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

**Я оставляю за собой право отозвать** свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Медицинского центра «Авис» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку администратору Медицинского центра «Авис».

При отзыве мною настоящего согласия на обработку моих персональных данных Медицинский центр обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Телефон(ы) для контакта \_\_\_\_\_

Электронный адрес \_\_\_\_\_

Подпись пациента \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)





**ООО «Силуэт»**  
ОГРН 1107847365911,  
ИНН/КПП 7814482451 \ 781401001  
Юрид. адрес: 197374, Санкт-Петербург, Торфяная дорога,  
д. 2, корп. 2, офис 123,  
р/сч 40702810502890036738 в ПАО АКБ «АВАНГАРД»  
к/сч. 30101810000000000201 БИК 044525201,  
Тел./факс 8 (812) 340-56-78, e-mail: [siluet-2011@mail.ru](mailto:siluet-2011@mail.ru)

**Медицинский центр «Авис»**  
КПП 470345001  
Факт. адрес: Санкт-Петербург,  
г. Сестрорецк,  
197701, ул. Всеволода Боброва, д.39, лит.А,  
пом.1Н  
Тел. 8 900-642-84-00  
e-mail: [avismmedcentr@mail.ru](mailto:avismmedcentr@mail.ru),  
сайт: <http://aviscenter.ru>

## МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА стоматологического больного

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

Пол (М. Ж.) \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Профессия \_\_\_\_\_

Приложение № 2  
к Правилам от 01.09.2023г., приказ 22-пф

## СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

г. Санкт-Петербург \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О.)

Проживающий (ая) по адресу \_\_\_\_\_  
паспорт № \_\_\_\_\_ выдан (кем и когда) \_\_\_\_\_

в соответствии с требованием статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. No 152-ФЗ (ред. от 05.12.2022г.) «О персональных данных» и в связи с обращением за медицинской помощью даю согласие Медицинскому центру «Авис» ООО «Силуэт» (далее – Медицинский центр «Авис»), Санкт-Петербург, г. Сестрорецк, 197701, улица Всеволода Боброва, дом 39, литера А, помещение 1Н на обработку персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью (в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг) при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

**Предоставляю** Медицинскому центру «Авис» право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, а также передачу моих персональных данных, содержащих сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Медицинского центра «Авис» в интересах моего обследования и лечения.

**Медицинский центр «Авис» 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 (документов) по ОМС и ДМС.

**Срок хранения моих персональных данных** соответствует сроку хранения первичных медицинских документов в медицинском центре – 25 лет.

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

**Я оставляю за собой право отозвать** свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Медицинского центра «Авис» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку администратору Медицинского центра «Авис».

При отзыве мною настоящего согласия на обработку моих персональных данных Медицинский центр обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Телефон(ы) для контакта \_\_\_\_\_

Электронный адрес \_\_\_\_\_

Подпись пациента \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)





**ООО «Силуэт»**  
ОГРН 1107847365911,  
ИНН\КПП 7814482451 \ 781401001  
Юрид. адрес: 197374, Санкт-Петербург, Торфяная дорога,  
д. 2, корп. 2, офис 123,  
р/сч 40702810502890036738 в ПАО АКБ «АВАНГАРД»  
к/сч. 3010181000000000201 БИК 044525201,  
Тел./факс 8 (812) 340-56-78, e-mail: [siluet-2011@mail.ru](mailto:siluet-2011@mail.ru)

**Медицинский центр «Авис»**  
КПП 470345001  
Факт. адрес: Ленинградская область,  
Всеволожский муниципальный район,  
188662, г. Мурино, Воронцовский  
бульвар, дом 18, помещение 22Н  
Тел. 8 996-779-31-38  
e-mail: [avismyrino@mail.ru](mailto:avismyrino@mail.ru),  
сайт: <http://aviscenter.ru>

## МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА стоматологического больного

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_  
Пол (М. Ж.) \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_  
Адрес \_\_\_\_\_  
Профессия \_\_\_\_\_

Приложение № 3  
к Правилам от 01.09.2023г., приказ 22-пф

### СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО

г. Санкт-Петербург \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О.)

проживающий (ая) по адресу \_\_\_\_\_

паспорт № \_\_\_\_\_ выдан (кем и когда) \_\_\_\_\_

являюсь законным представителем несовершеннолетнего

(Ф.И.О) на

основании ст. 64 п. 1 Семейного кодекса РФ

В соответствии с требованием статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и в связи с обращением за медицинской помощью даю согласие Медицинскому центру «Авис» ООО «Силуэт» (далее – Медицинский центр «Авис»), Ленинградская область, Всеволожский муниципальный район, 188662, г. Мурино, Воронцовский бульвар, дом 18, помещение 22Н на смешанную обработку персональных данных: сбор, анализ, обобщение, хранение, обезличивание, изменение, дополнение, уничтожение, использование и передачу данных в страховую медицинскую организацию, где застрахован я (мой ребенок), в вышестоящие надзорные органы (без использования общих сетей связи, в том числе Интернета).

Цель обработки персональных данных: учет оказанных медицинских услуг, выполнение договорных обязательств и проведение расчетов.

#### В перечень персональных данных входят:

- ФИО (законного представителя), паспортные данные, адрес, дата рождения, данные страхового медицинского полиса, No телефона,
- ФИО (несовершеннолетнего), данные свидетельства о рождении, данные медицинской карты, адрес проживания ребенка, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью (в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг) при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Медицинский центр «Авис» вправе обрабатывать мои (мой ребенок) персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС и ДМС.

Срок хранения моих персональных данных несовершеннолетнего соответствует сроку хранения первичных медицинских документов в Медицинском центре «Авис» – десять лет.

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

**Я подтверждаю**, что, давая настоящее согласие, я действую по своей воле и в интересах ребенка, законным представителем которого являюсь. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Медицинского центра «Авис» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Медицинского центра «Авис».

При отзыве мною настоящего согласия на обработку моих персональных данных Медицинский центр «Авис» обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской помощи.

Телефон(ы) для контакта \_\_\_\_\_

Электронный адрес \_\_\_\_\_

Подпись законного представителя несовершеннолетнего \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)



**ООО «Силуэт»**  
ОГРН 1107847365911,  
ИНН\КПП 7814482451 \ 781401001  
Юрид. адрес: 197374, Санкт-Петербург, Торфяная дорога,  
д. 2, корп. 2, офис 123,  
р/сч 40702810502890036738 в ПАО АКБ «АВАНГАРД»  
к/сч. 30101810000000000201 БИК 044525201,  
Тел./факс 8 (812) 340-56-78, e-mail: [siluet-2011@mail.ru](mailto:siluet-2011@mail.ru)

**Медицинский центр «Авис»**  
КПП 470345001  
Факт. адрес: Санкт-Петербург,  
г. Сестрорецк,  
197701, ул. Всеволода Боброва, д.39, лит.А,  
пом.1Н  
Тел. 8 900-642-84-00  
e-mail: [avismmedcentr@mail.ru](mailto:avismmedcentr@mail.ru),  
сайт: <http://aviscenter.ru>

## МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА стоматологического больного

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_  
Пол (М. Ж.) \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_  
Адрес \_\_\_\_\_  
Профессия \_\_\_\_\_

Приложение № 3  
к Правилам от 01.09.2023г., приказ 22-пф

### СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО

г. Санкт-Петербург \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О.)

проживающий (ая) по адресу \_\_\_\_\_  
паспорт № \_\_\_\_\_ выдан (кем и когда) \_\_\_\_\_  
являюсь законным представителем несовершеннолетнего \_\_\_\_\_

(Ф.И.О.) на

основании ст. 64 п. 1 Семейного кодекса РФ

В соответствии с требованием статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и в связи с обращением за медицинской помощью даю согласие Медицинскому центру «Авис» ООО «Силуэт» (далее – Медицинский центр «Авис»), Санкт-Петербург, г. Сестрорецк, 197701, улица Всеволода Боброва, дом 39, литера А, помещение 1Н на смешанную обработку персональных данных: сбор, анализ, обобщение, хранение, обезличивание, изменение, дополнение, уничтожение, использование и передачу данных в страховую медицинскую организацию, где застрахован я (мой ребенок), в вышестоящие надзорные органы (без использования общих сетей связи, в том числе Интернета).

Цель обработки персональных данных: учет оказанных медицинских услуг, выполнение договорных обязательств и проведение расчетов.

#### В перечень персональных данных входят:

- ФИО (законного представителя), паспортные данные, адрес, дата рождения, данные страхового медицинского полиса, No телефона,
- ФИО (несовершеннолетнего), данные свидетельства о рождении, данные медицинской карты, адрес проживания ребенка, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью (в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг) при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Медицинский центр «Авис» вправе обрабатывать мои (мой ребенок) персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС и ДМС.

Срок хранения моих персональных данных несовершеннолетнего соответствует сроку хранения первичных медицинских документов в Медицинском центре «Авис» – десять лет.

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

**Я подтверждаю**, что, давая настоящее согласие, я действую по своей воле и в интересах ребенка, законным представителем которого являюсь. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Медицинского центра «Авис» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Медицинского центра «Авис».

При отзыве мною настоящего согласия на обработку моих персональных данных Медицинский центр «Авис» обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской помощи.

Телефон(ы) для контакта \_\_\_\_\_

Электронный адрес \_\_\_\_\_

Подпись законного представителя несовершеннолетнего \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)



Медицинский центр «Авис» ООО «Силуэт» **уведомляет** Потребителя (Заказчика) о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с частью 7 статьи 84 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011г. № 323-ФЗ обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определённый на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях. Несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.



**ДОГОВОР  
ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № \_\_\_\_\_**

Россия, г. Санкт-Петербург

\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

**Общество с ограниченной ответственностью «Силуэт»** (197374, Санкт-Петербург, Торфяная дорога, д. 2, корп. 2, офис 123, ОГРН 1107847365911, ИНН/КПП 7814482451\781401001), действующее на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-47-01-002344 от 10.09.2020, выданной Комитетом по здравоохранению Ленинградской области (Санкт-Петербург, Лафонская ул., д. 6, тел. 539-45-45) на неопределенный срок; именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице главного врача обособленного подразделения Медицинского центра «Авис» (далее - Центр) общества с ограниченной ответственностью «Силуэт» (далее - Общество) Игнатовой Ольги Николаевны, действующей по доверенности от 17.04.2021г. № 05, с одной стороны, и гражданин (ка) \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, если имеется - также отчество)

Именуемый (ая) в дальнейшем **«Потребитель»**, с другой стороны, совместно в дальнейшем также именуемые **«Стороны»**, а по отдельности в дальнейшем также именуемые **«Сторона»**, заключили настоящий договор оказания платных медицинских услуг (именуемый в дальнейшем **«Договор»**) о нижеследующем:

## 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. **Исполнитель** обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги (далее — Услуги) в соответствии с Приложением № 1 (1а, 1б), (Рекомендуемый план лечения) и/или Приложением № 2 (Выполняемый план лечения), которое является неотъемлемой частью договора, а Потребитель обязуется оплатить Исполнителю стоимость оказанных Услуг в размере, порядке и сроки, которые установлены Приложением № 1 и/или Приложением № 2.

1.2. Исполнитель оказывает Услуги по месту своего нахождения по адресу: Ленинградская область, Всеволожский муниципальный район, 188662, г. Мурино, Воронцовский бульвар, дом 18, помещение 22Н в соответствии с действующим законодательством и утвержденными Исполнителем Правилами оказания платных медицинских услуг в Медицинском центре «Авис» ООО «Силуэт» (от 15.08.2023 г. приказ №22-пф)

## 2. ОБЯЗАННОСТИ И ПРАВА СТОРОН

### 2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. надлежащим образом оказать Потребителю Услуги в соответствии с требованиями Договора и действующих нормативных правовых актов;

2.1.2. предоставить Потребителю полную и достоверную информацию: о сущности рекомендуемых в случае Потребителя методик лечения, протезирования, операций, медикаментов, материалов, о противопоказаниях, возможных осложнениях и временных дискомфортах, которые могут возникнуть у Потребителя в процессе лечения и после в связи с его медицинской спецификой, анатомо-физиологическими особенностями челюстно-лицевой области Потребителя, а также общим состоянием его здоровья;

2.1.3. информировать Потребителя о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата оказания Услуг;

2.1.4. предоставлять Потребителю по его письменному заявлению (электронная почта, социальные сети, WhatsApp, почта России) копии медицинских документов, выписки из медицинских документов и заключения о ходе оказания услуг в печатном виде в сроки, установленные действующим законодательством.

2.1.5. после исполнения Договора выдать акт выполненных работ в печатном виде

2.1.6. предоставлять в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2.1.7. представлять для ознакомления по требованию Потребителя копию учредительного документа Исполнителя, положение о его филиале (отделении, другом территориально обособленном структурном подразделении), участвующем в предоставлении платных медицинских услуг, копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением Перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с данной лицензией.

## **2.2. Потребитель обязуется:**

2.2.1. предоставлять Исполнителю необходимую информацию о состоянии здоровья Потребителя: о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, о проведенных ранее обследованиях и лечениях, об аллергических реакциях, об иных обстоятельствах, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем Услуг.

2.2.2. соблюдать все назначения и рекомендации Исполнителя для достижения и сохранения результатов оказания Услуг;

2.2.3. своевременно посещать назначаемые Исполнителем лечебные, контрольные и последующие профилактические приемы, а в случае невозможности явки по уважительной причине предупреждать об этом Исполнителя заблаговременно, то есть не позднее чем за 24 часа до назначенного Исполнителем времени соответствующего приема;

2.2.4. иным образом содействовать Исполнителю в исполнении обязательств последнего по Договору, а также в достижении целей оказания Услуг, в том числе (но не ограничиваясь) знакомиться с документами и сведениями, предоставляемыми Исполнителем;

2.2.5. оплатить Услуги Исполнителя в соответствии с Договором.

2.3. В случаях, когда это не запрещено действующими нормативными правовыми актами, **Исполнитель вправе оказывать** Услуги досрочно и (или) без согласия Потребителя привлекать к оказанию Услуг иных лиц, обладающих в необходимых случаях требуемыми разрешениями, лицензиями, сертификатами и т.п.

2.4. **Стороны имеют иные права** и несут иные обязанности в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации.

## **3. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

3.1. Исполнитель предоставляет Услуги, качество которых должно соответствовать условиям Договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к Услугам соответствующего вида. В случае если федеральным законом, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг, качество предоставляемых Услуг должно соответствовать этим требованиям.

3.2. По окончании работ Исполнитель представляет Потребителю Акт выполненных работ Услуг, который является подтверждением выполнения Услуг.

3.3. При предоставлении Услуг гражданам иностранных государств (нерезидентам) Исполнитель обеспечивает передачу сведений об осуществлении медицинской деятельности в отношении нерезидентов в соответствии с указаниями Центрального банка Российской Федерации.

3.4. При оказании Услуг обязанность Исполнителя по возврату денежной суммы, уплаченной Потребителем и (или) Заказчиком по договору, возникает в соответствии с главой III Закона Российской Федерации "О защите прав потребителей".

## **4. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ УСЛУГ**

4.1. Оплата Услуг производится в российских рублях в наличной или безналичной форме по выбору Потребителя.

4.2. Потребителю в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных Услуг (контрольно-кассовый чек, слип-чек).

4.3. В случае если при предоставлении Услуг потребуются предоставление дополнительных Услуг по экстренным показаниям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний для устранения угрозы жизни Потребителя, такие Услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

4.4. В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения Услуг Договор расторгается. При этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

## **5. ГАРАНТИЙНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА**

5.1. Гарантийные сроки и сроки службы на результаты оказания Услуг не устанавливаются, за исключением случаев, определенных утвержденным Исполнителем «Положением об установлении действующих гарантийных сроков и сроков службы при оказании стоматологических услуг в Центре», которым определены условия предоставления и действия указанных гарантийных обязательств в отношении результатов оказания Исполнителем отдельных стоматологических услуг.

## **6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

6.1. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной Услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.2. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.



Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

## 7. ИЗМЕНЕНИЕ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

7.1. Договор может быть изменен или расторгнут в случаях и порядке, предусмотренных действующими действующим Законодательством Российской Федерации.

7.2. Изменение или расторжение Договора осуществляется в письменной форме.

## 8. ИНЫЕ УСЛОВИЯ

8.1. Договор вступает в силу с даты его заключения (подписания) и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по Договору.

8.2. Во всем остальном, не предусмотренном Договором, стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

8.3. Подписывая Договор, Потребитель тем самым подтверждает, что:

8.3.1. до заключения Договора Исполнитель в порядке и объеме, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации, предоставил Потребителю в доступной для него форме полную и достоверную информацию, обеспечивающую возможность свободного и правильного выбора Услуг Потребителем, в том числе:

8.3.1.2. информацию, содержащую следующие сведения (посредством размещения на сайте Исполнителя в сети "Интернет", а также на информационных стендах (стойках) Исполнителя, расположенных в доступном для посетителей месте и оформленных таким образом, что ознакомиться с размещенной на них информацией можно свободно):

а) наименование и фирменное наименование Исполнителя;

б) адрес места нахождения Исполнителя, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;

в) сведения о выданной Исполнителю лицензии на осуществление медицинской деятельности (номер и дата регистрации, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа);

г) перечень Услуг Исполнителя с указанием цен в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления Услуг и порядке их оплаты;

д) сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении Услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;

е) режим работы Исполнителя, график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении Услуг;

ж) адреса и телефоны органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;

з) Положение об установлении гарантийных сроков и сроков службы при оказании стоматологических услуг в Центре, а также условия предоставления и действия указанных гарантийных обязательств в отношении результатов оказания Услуг;

8.3.2. сведения, указанные в Договоре, соответствуют информации, размещенной на официальном сайте Исполнителя в сети «Интернет»;

8.3.3. смысл и правовые последствия Договора, а также всех указанных в нем документов Потребителю понятны, и он сознательно, свободно и добровольно соглашается на получение Услуг за плату на условиях Договора.

8.4. Заключая Договор, каждая Сторона тем самым заверяет другую Сторону в достоверности предоставленных ею сведений о себе, в том числе указанных в Договоре, обязуется незамедлительно сообщать другой Стороне об изменении соответствующих сведений и несет перед другой Стороной ответственность за убытки, причиненные недостоверностью предоставленных сведений или несвоевременностью сообщения об их изменении.

8.5. Сообщения в связи с настоящим Договором (в том числе извещения Стороны об изменении информации о себе) могут направляться Сторонами друг другу любым из следующих способов либо всеми или несколькими из следующих способов на усмотрение Стороны-отправителя:

8.5.1. при направлении сообщения Исполнителем:

8.5.1.1. путем направления или вручения Потребителю или его представителю соответствующего письменного сообщения на бумажном носителе;

8.5.1.2. путем опубликования соответствующего сообщения на официальном сайте Исполнителя в сети «Интернет» (в таком случае Потребитель считается получившим данное сообщение на следующий день после опубликования данного сообщения на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет);

8.5.1.3. путем направления соответствующего письменного сообщения по электронной почте на адрес электронного почтового ящика Потребителя;

8.5.2. при направлении сообщения Потребителем:

8.5.2.1. путем направления или вручения представителю Исполнителя соответствующего письменного сообщения на бумажном носителе;

8.5.2.2. путем направления соответствующего письменного сообщения по электронной почте на адрес электронного почтового ящика Исполнителя.

8.6. В целях реализации пункта 8.5 Договора для случаев, когда это не запрещено действующим законодательством Российской Федерации, Стороны признают простыми электронными подписями друг друга соответствующие адреса электронных почтовых ящиков, поскольку доступ к указанным электронным почтовым ящикам осуществляется при помощи сохраняемых Сторонами в тайне кодов доступа (паролей), и юридически приравнивают такую электронную подпись к аналогу собственноручной подписи соответствующей Стороны, а подписанные такими электронными подписями сообщения и документы к аналогу документов, подписанных на бумажном носителе. Информация (в том числе сообщения и документы), направленная с адреса электронного почтового ящика одной Стороны на адрес электронного почтового ящика другой Стороны, считается направленной соответствующей Стороной, если в направленной информации прямо не указано иное. В целях гарантии идентификации адресанта каждая Сторона принимает меры к максимальному ограничению возможности и предотвращению несанкционированного доступа к каналам связи, используемым для обмена информацией в рамках Договора (сохранение в тайне паролей от электронных почтовых ящиков, кодов доступа к компьютерам и т.д.), в объективно доступных ей юридических, организационных и технических пределах. Положения настоящего пункта не распространяются на изменение и дополнение Договора.

8.7. Договор составлен в двух подлинных идентичных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

## 9. ИНФОРМАЦИЯ О СТОРОНАХ:

### ИСПОЛНИТЕЛЬ:

Общество с ограниченной ответственностью «Силуэт»:

ОГРН 1107847365911,

ИНН\КПП 7814482451 \ 781401001

Адрес ООО «Силуэт»: 197374, Санкт-Петербург,

Торфяная дорога, д. 2, корп. 2, офис 123

Р/сч 40702810502890036738

в ПАО АКБ «АВАНГАРД»

К/сч. 30101810000000000201

БИК 044525201

Тел.\факс 8 (812) 340-56-78, e-mail:

siluet140@gmail.com

Обособленное подразделение

«Медицинский центр «Авис» , КПП 470345001

Ленинградская область, Всеволожский муниципальный

район, 188662, г. Мурино, Воронцовский бульвар, дом

18, помещение 22Н,

Тел. +7 996-779-31-38 ,

e-mail: [avismyrino@mail.ru](mailto:avismyrino@mail.ru); сайт: <http://aviscenter.ru>

Главный врач

\_\_\_\_\_/О.Н.Игнатова /

\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

### ПОТРЕБИТЕЛЬ:

Фамилия, имя, если имеется - также отчество:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Реквизиты документа, удостоверяющего личность:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Адрес места жительства: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Адрес электронного почтового ящика (если имеется):

\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.



Медицинский центр «Авис» ООО «Силуэт» **уведомляет** Потребителя (Заказчика) о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с частью 7 статьи 84 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011г. № 323-ФЗ обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определённый на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях. Несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.



**ДОГОВОР**  
**ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № \_\_\_\_\_**

Россия, г. Санкт-Петербург

\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

**Общество с ограниченной ответственностью «Силуэт»** (197374, Санкт-Петербург, Торфяная дорога, д. 2, корп. 2, офис 123, ОГРН 1107847365911, ИНН\КПП 7814482451\781401001), действующее на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-47-01-002344 от 10.09.2020, выданной Комитетом по здравоохранению Ленинградской области (Санкт-Петербург, Лафонская ул., д. 6, тел. 539-45-45) на неопределенный срок; именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице главного врача обособленного подразделения Медицинского центра «Авис» (далее - Центр) общества с ограниченной ответственностью «Силуэт» (далее - Общество) Игнатовой Ольги Николаевны, действующей по доверенности от 17.04.2021г. № 05, с одной стороны, и гражданин (ка) \_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, если имеется - также отчество)*

Именуемый (ая) в дальнейшем **«Потребитель»**, с другой стороны, совместно в дальнейшем также именуемые **«Стороны»**, а по отдельности в дальнейшем также именуемые **«Сторона»**, заключили настоящий договор оказания платных медицинских услуг (именуемый в дальнейшем **«Договор»**) о нижеследующем:

### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. **Исполнитель** обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги (далее — Услуги) в соответствии с Приложением № 1 (1а, 1б), (Рекомендуемый план лечения) и/или Приложением № 2 (Выполняемый план лечения), которое является неотъемлемой частью договора, а Потребитель обязуется оплатить Исполнителю стоимость оказанных Услуг в размере, порядке и сроки, которые установлены Приложением № 1 и/или Приложением № 2.

1.2. Исполнитель оказывает Услуги по месту своего нахождения по адресу: Санкт-Петербург, г. Сестрорецк, 197701, улица Всеволода Боброва, дом 39, литера А, помещение 1Н в соответствии с действующим законодательством и утвержденными Исполнителем Правилами оказания платных медицинских услуг в Медицинском центре «Авис» ООО «Силуэт» (от 15.08.2023 г. приказ №22-пф)

### 2. ОБЯЗАННОСТИ И ПРАВА СТОРОН

#### **2.1. Исполнитель обязуется:**

2.1.1. надлежащим образом оказать Потребителю Услуги в соответствии с требованиями Договора и действующих нормативных правовых актов;

2.1.2. предоставить Потребителю полную и достоверную информацию: о сути рекомендуемых в случае Потребителя методик лечения, протезирования, операций, медикаментов, материалов, о противопоказаниях, возможных осложнениях и временных дискомфортах, которые могут возникнуть у Потребителя в процессе лечения и после в связи с его медицинской спецификой, анатомо-физиологическими особенностями челюстно-лицевой области Потребителя, а также общим состоянием его здоровья;

2.1.3. информировать Потребителя о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата оказания Услуг;

2.1.4. предоставлять Потребителю по его письменному заявлению (электронная почта, социальные сети, WatsApp, почта России) копии медицинских документов, выписки из медицинских документов и заключения о ходе оказания услуг в печатном виде в сроки, установленные действующим законодательством.

2.1.5. после исполнения Договора выдать акт выполненных работ в печатном виде

2.1.6. предоставлять в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2.1.7. представлять для ознакомления по требованию Потребителя копию учредительного документа Исполнителя, положение о его филиале (отделении, другом территориально обособленном структурном подразделении), участвующем в предоставлении платных медицинских услуг, копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением Перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с данной лицензией.

## **2.2. Потребитель обязуется:**

2.2.1. предоставлять Исполнителю необходимую информацию о состоянии здоровья Потребителя: о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, о проведенных ранее обследованиях и лечениях, об аллергических реакциях, об иных обстоятельствах, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем Услуг.

2.2.2. соблюдать все назначения и рекомендации Исполнителя для достижения и сохранения результатов оказания Услуг;

2.2.3. своевременно посещать назначаемые Исполнителем лечебные, контрольные и последующие профилактические приемы, а в случае невозможности явки по уважительной причине предупреждать об этом Исполнителя заблаговременно, то есть не позднее чем за 24 часа до назначенного Исполнителем времени соответствующего приема;

2.2.4. иным образом содействовать Исполнителю в исполнении обязательств последнего по Договору, а также в достижении целей оказания Услуг, в том числе (но не ограничиваясь) знакомиться с документами и сведениями, предоставляемыми Исполнителем;

2.2.5. оплатить Услуги Исполнителя в соответствии с Договором.

2.3. В случаях, когда это не запрещено действующими нормативными правовыми актами, **Исполнитель вправе оказывать** Услуги досрочно и (или) без согласия Потребителя привлекать к оказанию Услуг иных лиц, обладающих в необходимых случаях требуемыми разрешениями, лицензиями, сертификатами и т.п.

2.4. **Стороны имеют иные права** и несут иные обязанности в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации.

## **3. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

3.1. Исполнитель предоставляет Услуги, качество которых должно соответствовать условиям Договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к Услугам соответствующего вида. В случае если федеральным законом, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг, качество предоставляемых Услуг должно соответствовать этим требованиям.

3.2. По окончании работ Исполнитель представляет Потребителю Акт выполненных работ Услуг, который является подтверждением выполнения Услуг.

3.3. При предоставлении Услуг гражданам иностранных государств (нерезидентам) Исполнитель обеспечивает передачу сведений об осуществлении медицинской деятельности в отношении нерезидентов в соответствии с указаниями Центрального банка Российской Федерации.

3.4. При оказании Услуг обязанность Исполнителя по возврату денежной суммы, уплаченной Потребителем и (или) Заказчиком по договору, возникает в соответствии с главой III Закона Российской Федерации "О защите прав потребителей".

## **4. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ УСЛУГ**

4.1. Оплата Услуг производится в российских рублях в наличной или безналичной форме по выбору Потребителя.

4.2. Потребителю в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных Услуг (контрольно-кассовый чек, слип-чек).

4.3. В случае если при предоставлении Услуг потребуются предоставление дополнительных Услуг по экстренным показаниям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний для устранения угрозы жизни Потребителя, такие Услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

4.4. В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения Услуг Договор расторгается. При этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

## **5. ГАРАНТИЙНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА**

5.1. Гарантийные сроки и сроки службы на результаты оказания Услуг не устанавливаются, за исключением случаев, определенных утвержденным Исполнителем «Положением об установлении действующих гарантийных сроков и сроков службы при оказании стоматологических услуг в Центре», которым определены условия предоставления и действия указанных гарантийных обязательств в отношении результатов оказания Исполнителем отдельных стоматологических услуг.

## **6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

6.1. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной Услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.2. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.



Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

## 7. ИЗМЕНЕНИЕ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

7.1. Договор может быть изменен или расторгнут в случаях и порядке, предусмотренных действующими действующим Законодательством Российской Федерации.

7.2. Изменение или расторжение Договора осуществляется в письменной форме.

## 8. ИНЫЕ УСЛОВИЯ

8.1. Договор вступает в силу с даты его заключения (подписания) и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по Договору.

8.2. Во всем остальном, не предусмотренном Договором, стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

8.3. Подписывая Договор, Потребитель тем самым подтверждает, что:

8.3.1. до заключения Договора Исполнитель в порядке и объеме, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации, предоставил Потребителю в доступной для него форме полную и достоверную информацию, обеспечивающую возможность свободного и правильного выбора Услуг Потребителем, в том числе:

8.3.1.2. информацию, содержащую следующие сведения (посредством размещения на сайте Исполнителя в сети "Интернет", а также на информационных стендах (стойках) Исполнителя, расположенных в доступном для посетителей месте и оформленных таким образом, что ознакомиться с размещенной на них информацией можно свободно):

а) наименование и фирменное наименование Исполнителя;

б) адрес места нахождения Исполнителя, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;

в) сведения о выданной Исполнителю лицензии на осуществление медицинской деятельности (номер и дата регистрации, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа);

г) перечень Услуг Исполнителя с указанием цен в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления Услуг и порядке их оплаты;

д) сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении Услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;

е) режим работы Исполнителя, график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении Услуг;

ж) адреса и телефоны органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;

з) Положение об установлении гарантийных сроков и сроков службы при оказании стоматологических услуг в Центре, а также условия предоставления и действия указанных гарантийных обязательств в отношении результатов оказания Услуг;

8.3.2. сведения, указанные в Договоре, соответствуют информации, размещенной на официальном сайте Исполнителя в сети «Интернет»;

8.3.3. смысл и правовые последствия Договора, а также всех указанных в нем документов Потребителю понятны, и он сознательно, свободно и добровольно соглашается на получение Услуг за плату на условиях Договора.

8.4. Заключая Договор, каждая Сторона тем самым заверяет другую Сторону в достоверности предоставленных ею сведений о себе, в том числе указанных в Договоре, обязуется незамедлительно сообщать другой Стороне об изменении соответствующих сведений и несет перед другой Стороной ответственность за убытки, причиненные недостоверностью предоставленных сведений или несвоевременностью сообщения об их изменении.

8.5. Сообщения в связи с настоящим Договором (в том числе извещения Стороны об изменении информации о себе) могут направляться Сторонами друг другу любым из следующих способов либо всеми или несколькими из следующих способов на усмотрение Стороны-отправителя:

8.5.1. при направлении сообщения Исполнителем:

8.5.1.1. путем направления или вручения Потребителю или его представителю соответствующего письменного сообщения на бумажном носителе;

8.5.1.2. путем опубликования соответствующего сообщения на официальном сайте Исполнителя в сети «Интернет» (в таком случае Потребитель считается получившим данное сообщение на следующий день после опубликования данного сообщения на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет);

8.5.1.3. путем направления соответствующего письменного сообщения по электронной почте на адрес электронного почтового ящика Потребителя;

8.5.2. при направлении сообщения Потребителем:

8.5.2.1. путем направления или вручения представителю Исполнителя соответствующего письменного сообщения на бумажном носителе;

8.5.2.2. путем направления соответствующего письменного сообщения по электронной почте на адрес электронного почтового ящика Исполнителя.

8.6. В целях реализации пункта 8.5 Договора для случаев, когда это не запрещено действующим законодательством Российской Федерации, Стороны признают простыми электронными подписями друг друга соответствующие адреса электронных почтовых ящиков, поскольку доступ к указанным электронным почтовым ящикам осуществляется при помощи сохраняемых Сторонами в тайне кодов доступа (паролей), и юридически приравнивают такую электронную подпись к аналогу собственноручной подписи соответствующей Стороны, а подписанные такими электронными подписями сообщения и документы к аналогу документов, подписанных на бумажном носителе. Информация (в том числе сообщения и документы), направленная с адреса электронного почтового ящика одной Стороны на адрес электронного почтового ящика другой Стороны, считается направленной соответствующей Стороной, если в направленной информации прямо не указано иное. В целях гарантии идентификации адресанта каждая Сторона принимает меры к максимальному ограничению возможности и предотвращению несанкционированного доступа к каналам связи, используемым для обмена информацией в рамках Договора (сохранение в тайне паролей от электронных почтовых ящиков, кодов доступа к компьютерам и т.д.), в объективно доступных ей юридических, организационных и технических пределах. Положения настоящего пункта не распространяются на изменение и дополнение Договора.

8.7. Договор составлен в двух подлинных идентичных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

## 9. ИНФОРМАЦИЯ О СТОРОНАХ:

### ИСПОЛНИТЕЛЬ:

Общество с ограниченной ответственностью «Силуэт»:

ОГРН 1107847365911,

ИНН\КПП 7814482451 \ 781401001

Адрес ООО «Силуэт»: 197374, Санкт-Петербург,

Торфяная дорога, д. 2, корп. 2, офис 123

Р/сч 40702810502890036738

в ПАО АКБ «АВАНГАРД»

К/сч. 3010181000000000201

БИК 044525201

Тел.\факс 8 (812) 340-56-78, e-mail:

siluet140@gmail.com

Обособленное подразделение

«Медицинский центр «Авис» , КПП 784345001

197701, ул. Всеволода Боброва, д. 39, лит. А, пом 1Н;

тел. +7 900 642-84-00;

e-mail: [avismedcentr@mail.ru](mailto:avismedcentr@mail.ru);; сайт: <http://aviscenter.ru>

Главный врач

\_\_\_\_\_/О.Н.Игнатова /

\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

### ПОТРЕБИТЕЛЬ:

Фамилия, имя, если имеется - также отчество:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Реквизиты документа, удостоверяющего личность:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Адрес места жительства: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Адрес электронного почтового ящика (если имеется):

\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Медицинский центр «Авис» ООО «Силуэт» **уведомляет** Потребителя (Заказчика) о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с частью 7 статьи 84 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011г. № 323-ФЗ обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определённый на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях. Несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.



**ДОГОВОР  
ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № \_\_\_\_\_**

Россия, г. Санкт-Петербург

\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

**Общество с ограниченной ответственностью «Силуэт»** (197374, Санкт-Петербург, Торфяная дорога, д. 2, корп. 2, офис 123, ОГРН 1107847365911, ИНН\КПП 7814482451\781401001), действующее на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-47-01-002344 от 10.09.2020, выданной Комитетом по здравоохранению Ленинградской области (Санкт-Петербург, Лафонская ул., д. 6, тел. 539-45-45) на неопределенный срок; именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице главного врача обособленного подразделения Медицинского центра «Авис» (далее - Центр) общества с ограниченной ответственностью «Силуэт» (далее - Общество) Игнатовой Ольги Николаевны, действующей по доверенности от 17.04.2021г. № 05, с одной стороны,

и

гражданин

(ка)

*(фамилия, имя, если имеется - также отчество)*

Именуемый (ая) в дальнейшем «**Потребитель**», с другой стороны, совместно в дальнейшем также именуемые «**Стороны**», а по отдельности в дальнейшем также именуемые «**Сторона**», заключили настоящий договор оказания платных медицинских услуг (именуемый в дальнейшем «**Договор**») о нижеследующем:

## 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. **Исполнитель** обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги (далее — Услуги) в соответствии с Приложением № 1 (1а, 1б), (Рекомендуемый план лечения) и/или Приложением № 2 (Выполняемый план лечения), которое является неотъемлемой частью договора, а Потребитель обязуется оплатить Исполнителю стоимость оказанных Услуг в размере, порядке и сроки, которые установлены Приложением № 1 и/или Приложением № 2.

1.2. Исполнитель оказывает Услуги по месту своего нахождения по адресу: Ленинградская область, Всеволожский муниципальный район, 188662, г. Мурино, Воронцовский бульвар, дом 18, помещение 22Н в соответствии с действующим законодательством и утвержденными Исполнителем Правилами оказания платных медицинских услуг в Медицинском центре «Авис» ООО «Силуэт» (от 15.08.2023 г. приказ №22-пф)

## 2. ОБЯЗАННОСТИ И ПРАВА СТОРОН

### 2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. надлежащим образом оказать Потребителю Услуги в соответствии с требованиями Договора и действующих нормативных правовых актов;

2.1.2. предоставить Потребителю полную и достоверную информацию: о сущности рекомендуемых в случае Потребителя методик лечения, протезирования, операций, медикаментов, материалов, о противопоказаниях, возможных осложнениях и временных дискомфортах, которые могут возникнуть у Потребителя в процессе лечения и после в связи с его медицинской спецификой, анатомо-физиологическими особенностями челюстно-лицевой области Потребителя, а также общим состоянием его здоровья;

2.1.3. информировать Потребителя о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата оказания Услуг;

2.1.4. предоставлять Потребителю по его письменному заявлению (электронная почта, социальные сети, WatsApp, почта России) копии медицинских документов, выписки из медицинских документов и заключения о ходе оказания услуг в печатном виде в сроки, установленные действующим законодательством.

2.1.5. после исполнения Договора выдать акт выполненных работ в печатном виде

2.1.6. предоставлять в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объёмов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2.1.7. представлять для ознакомления по требованию Потребителя копию учредительного документа Исполнителя, положение о его филиале (отделении, другом территориально обособленном структурном подразделении), участвующем в предоставлении платных медицинских услуг, копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением Перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с данной лицензией.



## **2.2. Потребитель обязуется:**

2.2.1. предоставлять Исполнителю необходимую информацию о состоянии здоровья Потребителя: о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, о проведенных ранее обследованиях и лечених, об аллергических реакциях, об иных обстоятельствах, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем Услуг.

2.2.2. соблюдать все назначения и рекомендации Исполнителя для достижения и сохранения результатов оказания Услуг;

2.2.3. своевременно посещать назначаемые Исполнителем лечебные, контрольные и последующие профилактические приемы, а в случае невозможности явки по уважительной причине предупреждать об этом Исполнителя заблаговременно, то есть не позднее чем за 24 часа до назначенного Исполнителем времени соответствующего приема;

2.2.4. иным образом содействовать Исполнителю в исполнении обязательств последнего по Договору, а также в достижении целей оказания Услуг, в том числе (но не ограничиваясь) знакомиться с документами и сведениями, предоставляемыми Исполнителем;

2.2.5. оплатить Услуги Исполнителя в соответствии с Договором.

2.3. В случаях, когда это не запрещено действующими нормативными правовыми актами, **Исполнитель вправе оказывать** Услуги досрочно и (или) без согласия Потребителя привлекать к оказанию Услуг иных лиц, обладающих в необходимых случаях требуемыми разрешениями, лицензиями, сертификатами и т.п.

2.4. **Стороны имеют иные права** и несут иные обязанности в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации.

## **3. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

3.1. Исполнитель предоставляет Услуги, качество которых должно соответствовать условиям Договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к Услугам соответствующего вида. В случае если федеральным законом, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг, качество предоставляемых Услуг должно соответствовать этим требованиям.

3.2. По окончании работ Исполнитель представляет Потребителю Акт выполненных работ Услуг, который является подтверждением выполнения Услуг.

3.3. При предоставлении Услуг гражданам иностранных государств (нерезидентам) Исполнитель обеспечивает передачу сведений об осуществлении медицинской деятельности в отношении нерезидентов в соответствии с указаниями Центрального банка Российской Федерации.

3.4. При оказании Услуг обязанность Исполнителя по возврату денежной суммы, уплаченной Потребителем и (или) Заказчиком по договору, возникает в соответствии с главой III Закона Российской Федерации "О защите прав потребителей".

## **4. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ УСЛУГ**

4.1. Оплата Услуг производится в российских рублях в наличной или безналичной форме по выбору Потребителя.

4.2. Потребителю в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных Услуг (контрольно-кассовый чек, слип-чек).

4.3. В случае если при предоставлении Услуг потребуются предоставление дополнительных Услуг по экстренным показаниям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний для устранения угрозы жизни Потребителя, такие Услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

4.4. В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения Услуг Договор расторгается. При этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

## **5. ГАРАНТИЙНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА**

5.1. Гарантийные сроки и сроки службы на результаты оказания Услуг не устанавливаются, за исключением случаев, определенных утвержденным Исполнителем «Положением об установлении действующих гарантийных сроков и сроков службы при оказании стоматологических услуг в Центре», которым определены условия предоставления и действия указанных гарантийных обязательств в отношении результатов оказания Исполнителем отдельных стоматологических услуг.

## **6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

6.1. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной Услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.2. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

## 7. ИЗМЕНЕНИЕ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

7.1. Договор может быть изменен или расторгнут в случаях и порядке, предусмотренных действующими действующим Законодательством Российской Федерации.

7.2. Изменение или расторжение Договора осуществляется в письменной форме.

## 8. ИНЫЕ УСЛОВИЯ

8.1. Договор вступает в силу с даты его заключения (подписания) и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по Договору.

8.2. Во всем остальном, не предусмотренном Договором, стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

8.3. Подписывая Договор, Потребитель тем самым подтверждает, что:

8.3.1. до заключения Договора Исполнитель в порядке и объеме, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации, предоставил Потребителю в доступной для него форме полную и достоверную информацию, обеспечивающую возможность свободного и правильного выбора Услуг Потребителем, в том числе:

8.3.1.2. информацию, содержащую следующие сведения (посредством размещения на сайте Исполнителя в сети "Интернет", а также на информационных стендах (стойках) Исполнителя, расположенных в доступном для посетителей месте и оформленных таким образом, что ознакомиться с размещенной на них информацией можно свободно):

а) наименование и фирменное наименование Исполнителя;

б) адрес места нахождения Исполнителя, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;

в) сведения о выданной Исполнителю лицензии на осуществление медицинской деятельности (номер и дата регистрации, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа);

г) перечень Услуг Исполнителя с указанием цен в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления Услуг и порядке их оплаты;

д) сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении Услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;

е) режим работы Исполнителя, график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении Услуг;

ж) адреса и телефоны органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;

з) Положение об установлении гарантийных сроков и сроков службы при оказании стоматологических услуг в Центре, а также условия предоставления и действия указанных гарантийных обязательств в отношении результатов оказания Услуг;

8.3.2. сведения, указанные в Договоре, соответствуют информации, размещенной на официальном сайте Исполнителя в сети «Интернет»;

8.3.3. смысл и правовые последствия Договора, а также всех указанных в нем документов Потребителю понятны, и он сознательно, свободно и добровольно соглашается на получение Услуг за плату на условиях Договора.

8.4. Заключая Договор, каждая Сторона тем самым заверяет другую Сторону в достоверности предоставленных ею сведений о себе, в том числе указанных в Договоре, обязуется незамедлительно сообщать другой Стороне об изменении соответствующих сведений и несет перед другой Стороной ответственность за убытки, причиненные недостоверностью предоставленных сведений или несвоевременностью сообщения об их изменении.

8.5. Сообщения в связи с настоящим Договором (в том числе извещения Стороны об изменении информации о себе) могут направляться Сторонами друг другу любым из следующих способов либо всеми или несколькими из следующих способов на усмотрение Стороны-отправителя:

8.5.1. при направлении сообщения Исполнителем:

8.5.1.1. путем направления или вручения Потребителю или его представителю соответствующего письменного сообщения на бумажном носителе;

8.5.1.2. путем опубликования соответствующего сообщения на официальном сайте Исполнителя в сети «Интернет» (в таком случае Потребитель считается получившим данное сообщение на следующий день после опубликования данного сообщения на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет);

8.5.1.3. путем направления соответствующего письменного сообщения по электронной почте на адрес электронного почтового ящика Потребителя;

8.5.2. при направлении сообщения Потребителем:

8.5.2.1. путем направления или вручения представителю Исполнителя соответствующего письменного сообщения на бумажном носителе;

8.5.2.2. путем направления соответствующего письменного сообщения по электронной почте на адрес электронного почтового ящика Исполнителя.

8.6. В целях реализации пункта 8.5 Договора для случаев, когда это не запрещено действующим законодательством Российской Федерации, Стороны признают простыми электронными подписями друг друга соответствующие адреса электронных почтовых ящиков, поскольку доступ к указанным электронным почтовым ящикам осуществляется при помощи сохраняемых Сторонами в тайне кодов доступа (паролей), и юридически приравнивают такую электронную подпись к аналогу собственноручной подписи соответствующей Стороны, а

подписанные такими электронными подписями сообщения и документы к аналогу документов, подписанных на бумажном носителе. Информация (в том числе сообщения и документы), направленная с адреса электронного почтового ящика одной Стороны на адрес электронного почтового ящика другой Стороны, считается направленной соответствующей Стороной, если в направленной информации прямо не указано иное. В целях гарантии идентификации адресанта каждая Сторона принимает меры к максимальному ограничению возможности и предотвращению несанкционированного доступа к каналам связи, используемым для обмена информацией в рамках Договора (сохранение в тайне паролей от электронных почтовых ящиков, кодов доступа к компьютерам и т.д.), в объективно доступных ей юридических, организационных и технических пределах. Положения настоящего пункта не распространяются на изменение и дополнение Договора.

8.7. Договор составлен в двух подлинных идентичных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

## 9. ИНФОРМАЦИЯ О СТОРОНАХ:

### ИСПОЛНИТЕЛЬ:

Общество с ограниченной ответственностью «Силуэт»:

ОГРН 1107847365911,

ИНН/КПП 7814482451 \ 781401001

Адрес ООО «Силуэт»: 197374, Санкт-Петербург,

Торфяная дорога, д. 2, корп. 2, офис 123

Р/сч 40702810502890036738

в ПАО АКБ «АВАНГАРД»

К/сч. 3010181000000000201

БИК 044525201

Тел./факс 8 (812) 340-56-78, e-mail:

siluet140@gmail.com

Обособленное подразделение

«Медицинский центр «Авис», КПП 470345001

Ленинградская область, Всеволожский муниципальный

район, 188662, г. Мурино, Воронцовский бульвар, дом

18, помещение 22Н,

Тел. +7 996-779-31-38,

e-mail: [avismyrino@mail.ru](mailto:avismyrino@mail.ru), сайт: <http://aviscenter.ru>

Главный врач

\_\_\_\_\_/О.Н.Игнатова /

\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г.

### ПОТРЕБИТЕЛЬ:

Фамилия, имя, если имеется - также отчество:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Реквизиты документа, удостоверяющего личность:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Адрес места жительства: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Адрес электронного почтового ящика (если имеется):

\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г.

### Отметка о согласии на заключение Договора:

Я, \_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, если имеется - также отчество законного представителя (родителя, усыновителя или попечителя) неэмансипированного несовершеннолетнего Потребителя в возрасте от 14 до 18 лет), действующий

в \_\_\_\_\_ качестве \_\_\_\_\_ законного \_\_\_\_\_ представителя Потребителя \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_)

(указать, в качестве кого - родителя (отец, мать), усыновителя или попечителя)

на основании \_\_\_\_\_,

(указать реквизиты документа(-ов), на основании которого(-ых) действует законный представитель, в том числе документа, удостоверяющего личность)

согласен с заключением Договора \_\_\_\_\_

(подпись с расшифровкой, дата)



Медицинский центр «Авис» ООО «Силуэт» **уведомляет** Потребителя (Заказчика) о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с частью 7 статьи 84 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011г. № 323-ФЗ обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определённый на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях. Несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.



**ДОГОВОР  
ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № \_\_\_\_\_**

Россия, г. Санкт-Петербург

\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

**Общество с ограниченной ответственностью «Силуэт»** (197374, Санкт-Петербург, Торфяная дорога, д. 2, корп. 2, офис 123, ОГРН 1107847365911, ИНН/КПП 7814482451\781401001), действующее на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-47-01-002344 от 10.09.2020, выданной Комитетом по здравоохранению Ленинградской области (Санкт-Петербург, Лафонская ул., д. 6, тел. 539-45-45) на неопределенный срок; именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице главного врача обособленного подразделения Медицинского центра «Авис» (далее - Центр) общества с ограниченной ответственностью «Силуэт» (далее - Общество) Игнатовой Ольги Николаевны, действующей по доверенности от 17.04.2021г. № 05, с одной стороны, и гражданин (ка) \_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, если имеется - также отчество)*

Именуемый (ая) в дальнейшем «**Потребитель**», с другой стороны, совместно в дальнейшем также именуемые «**Стороны**», а по отдельности в дальнейшем также именуемые «**Сторона**», заключили настоящий договор оказания платных медицинских услуг (именуемый в дальнейшем «**Договор**») о нижеследующем:

### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. **Исполнитель** обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги (далее — Услуги) в соответствии с Приложением № 1 (1а, 1б), (Рекомендуемый план лечения) и/или Приложением № 2 (Выполняемый план лечения), которое является неотъемлемой частью договора, а Потребитель обязуется оплатить Исполнителю стоимость оказанных Услуг в размере, порядке и сроки, которые установлены Приложением № 1 и/или Приложением № 2.

1.2. Исполнитель оказывает Услуги по месту своего нахождения по адресу: Санкт-Петербург, г. Сестрорецк, 197701, улица Всеволода Боброва, дом 39, литера А, помещение 1Н в соответствии с действующим законодательством и утвержденными Исполнителем Правилами оказания платных медицинских услуг в Медицинском центре «Авис» ООО «Силуэт» (от 15.08.2023 г. приказ №22-пф)

### 2. ОБЯЗАННОСТИ И ПРАВА СТОРОН

#### **2.1. Исполнитель обязуется:**

2.1.1. надлежащим образом оказать Потребителю Услуги в соответствии с требованиями Договора и действующих нормативных правовых актов;

2.1.2. предоставить Потребителю полную и достоверную информацию: о сути рекомендуемых в случае Потребителя методик лечения, протезирования, операций, медикаментов, материалов, о противопоказаниях, возможных осложнениях и временных дискомфортах, которые могут возникнуть у Потребителя в процессе лечения и после в связи с его медицинской спецификой, анатомо-физиологическими особенностями челюстно-лицевой области Потребителя, а также общим состоянием его здоровья;

2.1.3. информировать Потребителя о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата оказания Услуг;

2.1.4. предоставлять Потребителю по его письменному заявлению (электронная почта, социальные сети, WatsApp, почта России) копии медицинских документов, выписки из медицинских документов и заключения о ходе оказания услуг в печатном виде в сроки, установленные действующим законодательством.

2.1.5. после исполнения Договора выдать акт выполненных работ в печатном виде

2.1.6. предоставлять в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объёмов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2.1.7. представлять для ознакомления по требованию Потребителя копию учредительного документа Исполнителя, положение о его филиале (отделении, другом территориально обособленном структурном подразделении), участвующем в предоставлении платных медицинских услуг, копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением Перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с данной лицензией.

#### **2.2. Потребитель обязуется:**

2.2.1. предоставлять Исполнителю необходимую информацию о состоянии здоровья Потребителя: о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, о проведенных ранее обследованиях и лечениях, об аллергических реакциях, об иных обстоятельствах, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем Услуг.

2.2.2. соблюдать все назначения и рекомендации Исполнителя для достижения и сохранения результатов оказания Услуг;

2.2.3. своевременно посещать назначаемые Исполнителем лечебные, контрольные и последующие профилактические приемы, а в случае невозможности явки по уважительной причине предупреждать об этом Исполнителя заблаговременно, то есть не позднее чем за 24 часа до назначенного Исполнителем времени соответствующего приема;

2.2.4. иным образом содействовать Исполнителю в исполнении обязательств последнего по Договору, а также в достижении целей оказания Услуг, в том числе (но не ограничиваясь) знакомиться с документами и сведениями, предоставляемыми Исполнителем;

2.2.5. оплатить Услуги Исполнителя в соответствии с Договором.

2.3. В случаях, когда это не запрещено действующими нормативными правовыми актами, **Исполнитель вправе оказывать** Услуги досрочно и (или) без согласия Потребителя привлекать к оказанию Услуг иных лиц, обладающих в необходимых случаях требуемыми разрешениями, лицензиями, сертификатами и т.п.

2.4. **Стороны имеют иные права** и несут иные обязанности в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации.

### 3. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

3.1. Исполнитель предоставляет Услуги, качество которых должно соответствовать условиям Договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к Услугам соответствующего вида. В случае если федеральным законом, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг, качество предоставляемых Услуг должно соответствовать этим требованиям.

3.2. По окончании работ Исполнитель представляет Потребителю Акт выполненных работ Услуг, который является подтверждением выполнения Услуг.

3.3. При предоставлении Услуг гражданам иностранных государств (нерезидентам) Исполнитель обеспечивает передачу сведений об осуществлении медицинской деятельности в отношении нерезидентов в соответствии с указаниями Центрального банка Российской Федерации.

3.4. При оказании Услуг обязанность Исполнителя по возврату денежной суммы, уплаченной Потребителем и (или) Заказчиком по договору, возникает в соответствии с главой III Закона Российской Федерации "О защите прав потребителей".

### 4. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ УСЛУГ

4.1. Оплата Услуг производится в российских рублях в наличной или безналичной форме по выбору Потребителя.

4.2. Потребителю в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных Услуг (контрольно-кассовый чек, слип-чек).

4.3. В случае если при предоставлении Услуг потребуются предоставление дополнительных Услуг по экстренным показаниям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний для устранения угрозы жизни Потребителя, такие Услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

4.4. В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения Услуг Договор расторгается. При этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

### 5. ГАРАНТИЙНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА

5.1. Гарантийные сроки и сроки службы на результаты оказания Услуг не устанавливаются, за исключением случаев, определенных утвержденным Исполнителем «Положением об установлении действующих гарантийных сроков и сроков службы при оказании стоматологических услуг в Центре», которым определены условия предоставления и действия указанных гарантийных обязательств в отношении результатов оказания Исполнителем отдельных стоматологических услуг.

### 6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной Услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.2. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

## 7. ИЗМЕНЕНИЕ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

7.1. Договор может быть изменен или расторгнут в случаях и порядке, предусмотренных действующими действующим Законодательством Российской Федерации.

7.2. Изменение или расторжение Договора осуществляется в письменной форме.

## 8. ИНЫЕ УСЛОВИЯ

8.1. Договор вступает в силу с даты его заключения (подписания) и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по Договору.

8.2. Во всем остальном, не предусмотренном Договором, стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

8.3. Подписывая Договор, Потребитель тем самым подтверждает, что:

8.3.1. до заключения Договора Исполнитель в порядке и объеме, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации, предоставил Потребителю в доступной для него форме полную и достоверную информацию, обеспечивающую возможность свободного и правильного выбора Услуг Потребителем, в том числе:

8.3.1.2. информацию, содержащую следующие сведения (посредством размещения на сайте Исполнителя в сети "Интернет", а также на информационных стендах (стойках) Исполнителя, расположенных в доступном для посетителей месте и оформленных таким образом, что ознакомиться с размещенной на них информацией можно свободно):

а) наименование и фирменное наименование Исполнителя;

б) адрес места нахождения Исполнителя, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;

в) сведения о выданной Исполнителю лицензии на осуществление медицинской деятельности (номер и дата регистрации, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа);

г) перечень Услуг Исполнителя с указанием цен в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления Услуг и порядке их оплаты;

д) сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении Услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;

е) режим работы Исполнителя, график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении Услуг;

ж) адреса и телефоны органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;

з) Положение об установлении гарантийных сроков и сроков службы при оказании стоматологических услуг в Центре, а также условия предоставления и действия указанных гарантийных обязательств в отношении результатов оказания Услуг;

8.3.2. сведения, указанные в Договоре, соответствуют информации, размещенной на официальном сайте Исполнителя в сети «Интернет»;

8.3.3. смысл и правовые последствия Договора, а также всех указанных в нем документов Потребителю понятны, и он сознательно, свободно и добровольно соглашается на получение Услуг за плату на условиях Договора.

8.4. Заключая Договор, каждая Сторона тем самым заверяет другую Сторону в достоверности предоставленных ею сведений о себе, в том числе указанных в Договоре, обязуется незамедлительно сообщать другой Стороне об изменении соответствующих сведений и несет перед другой Стороной ответственность за убытки, причиненные недостоверностью предоставленных сведений или несвоевременностью сообщения об их изменении.

8.5. Сообщения в связи с настоящим Договором (в том числе извещения Стороны об изменении информации о себе) могут направляться Сторонами друг другу любым из следующих способов либо всеми или несколькими из следующих способов на усмотрение Стороны-отправителя:

8.5.1. при направлении сообщения Исполнителем:

8.5.1.1. путем направления или вручения Потребителю или его представителю соответствующего письменного сообщения на бумажном носителе;

8.5.1.2. путем опубликования соответствующего сообщения на официальном сайте Исполнителя в сети «Интернет» (в таком случае Потребитель считается получившим данное сообщение на следующий день после опубликования данного сообщения на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет);

8.5.1.3. путем направления соответствующего письменного сообщения по электронной почте на адрес электронного почтового ящика Потребителя;

8.5.2. при направлении сообщения Потребителем:

8.5.2.1. путем направления или вручения представителю Исполнителя соответствующего письменного сообщения на бумажном носителе;

8.5.2.2. путем направления соответствующего письменного сообщения по электронной почте на адрес электронного почтового ящика Исполнителя.

8.6. В целях реализации пункта 8.5 Договора для случаев, когда это не запрещено действующим законодательством Российской Федерации, Стороны признают простыми электронными подписями друг друга соответствующие адреса электронных почтовых ящиков, поскольку доступ к указанным электронным почтовым ящикам осуществляется при помощи сохраняемых Сторонами в тайне кодов доступа (паролей), и юридически приравнивают такую электронную подпись к аналогу собственноручной подписи соответствующей Стороны, а подписанные такими электронными подписями сообщения и документы к аналогу документов, подписанных на



бумажном носителе. Информация (в том числе сообщения и документы), направленная с адреса электронного почтового ящика одной Стороны на адрес электронного почтового ящика другой Стороны, считается направленной соответствующей Стороной, если в направленной информации прямо не указано иное. В целях гарантии идентификации адресанта каждая Сторона принимает меры к максимальному ограничению возможности и предотвращению несанкционированного доступа к каналам связи, используемым для обмена информацией в рамках Договора (сохранение в тайне паролей от электронных почтовых ящиков, кодов доступа к компьютерам и т.д.), в объективно доступных ей юридических, организационных и технических пределах. Положения настоящего пункта не распространяются на изменение и дополнение Договора.

8.7. Договор составлен в двух подлинных идентичных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

## 9. ИНФОРМАЦИЯ О СТОРОНАХ:

### ИСПОЛНИТЕЛЬ:

Общество с ограниченной ответственностью «Силуэт»:

ОГРН 1107847365911,

ИНН/КПП 7814482451 \ 781401001

Адрес ООО «Силуэт»: 197374, Санкт-Петербург,

Торфяная дорога, д. 2, корп. 2, офис 123

Р/сч 40702810502890036738

в ПАО АКБ «АВАНГАРД»

К/сч. 30101810000000000201

БИК 044525201

Тел./факс 8 (812) 340-56-78, e-mail:

siluet140@gmail.com

Обособленное подразделение

«Медицинский центр «Авис», КПП 784345001

197701, ул. Всеволода Боброва, д. 39, лит. А, пом 1Н;

тел. +7 900 642-84-00;

e-mail: [avismedcentr@mail.ru](mailto:avismedcentr@mail.ru); сайт: <http://aviscenter.ru>

Главный врач

\_\_\_\_\_ /О.Н.Игнатова /

\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

### ПОТРЕБИТЕЛЬ:

Фамилия, имя, если имеется - также отчество:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Реквизиты документа, удостоверяющего личность:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Адрес места жительства: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Адрес электронного почтового ящика (если имеется):

\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

### Отметка о согласии на заключение Договора:

Я, \_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, если имеется - также отчество законного представителя (родителя, усыновителя или попечителя) неэмансипированного несовершеннолетнего Потребителя в возрасте от 14 до 18 лет), действующий

в \_\_\_\_\_ качестве \_\_\_\_\_ законного \_\_\_\_\_ представителя Потребителя \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_)

(указать, в качестве кого - родителя (отец, мать), усыновителя или попечителя)

на основании \_\_\_\_\_,

(указать реквизиты документа(-ов), на основании которого(-ых) действует законный представитель, в том числе документа, удостоверяющего личность)

согласен с заключением Договора \_\_\_\_\_

(подпись с расшифровкой, дата )

Медицинский центр «Авис» ООО «Силуэт» уведомляет Потребителя (Заказчика) о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с частью 7 статьи 84 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011г. № 323-ФЗ обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определённый на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях. Несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.



**ДОГОВОР**  
**ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № \_\_\_\_\_**

Россия, г. Санкт-Петербург \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

**Общество с ограниченной ответственностью «Силуэт»** (197374, Санкт-Петербург, Торфяная дорога, д. 2, корп. 2, офис 123, ОГРН 1107847365911, ИНН/КПП 7814482451\781401001), действующее на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-47-01-002344 от 10.09.2020, выданной Комитетом по здравоохранению Ленинградской области (Санкт-Петербург, Лафонская ул., д. 6, тел. 539-45-45) на неопределённый срок; именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице главного врача обособленного подразделения Медицинского центра «Авис» (далее - Центр) общества с ограниченной ответственностью «Силуэт» (далее - Общество) Игнатовой Ольги Николаевны, действующей по доверенности от 17.04.2021г. № 05, с одной стороны, и гражданин (ка)

\_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, если имеется - также отчество законного представителя (родителя, усыновителя или опекуна) малолетнего гражданина, в пользу которого заключается договор)

именуемый в дальнейшем **«Заказчик»**, действующий от имени и в интересах

\_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, если имеется - также отчество малолетнего гражданина, в пользу которого заключается договор)

(в дальнейшем именуемого **«Потребитель»**) в качестве законного представителя

\_\_\_\_\_  
(указать, в качестве кого - родителя (отец, мать), усыновителя или опекуна)  
на основании \_\_\_\_\_,

(указать реквизиты документа(-ов), на основании которого(-ых) действует законный представитель)

с другой стороны, совместно в дальнейшем также именуемые **«Стороны»**, а по отдельности в дальнейшем также именуемые **«Сторона»**, заключили настоящий договор (именуемый в дальнейшем **«Договор»**) о нижеследующем:

### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. **Исполнитель** обязуется оказать Заказчику платные медицинские услуги (далее — Услуги) в соответствии с Приложением № 1 (1а, 1б), (Рекомендуемый план лечения) и/или Приложением № 2 (Выполняемый план лечения), которое является неотъемлемой частью договора, а Заказчик обязуется оплатить Исполнителю стоимость оказанных Услуг в размере, порядке и сроки, которые установлены Приложением № 1 и/или Приложением № 2.

1.2. Исполнитель оказывает Услуги по месту своего нахождения по адресу: Ленинградская область, Всеволожский муниципальный район, 188662, г. Мурино, Воронцовский бульвар, дом 18, помещение 22Н в соответствии с действующим законодательством и утвержденными Исполнителем Правилами оказания платных медицинских услуг в Медицинском центре «Авис» ООО «Силуэт» (от 15.08.2023 г. приказ №22-пф)

### 2. ОБЯЗАННОСТИ И ПРАВА СТОРОН

#### 2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. надлежащим образом оказать Заказчику Услуги в соответствии с требованиями Договора и действующих нормативных правовых актов;

2.1.2. предоставить Заказчику полную и достоверную информацию: о сущности рекомендуемых в случае Заказчика методик лечения, протезирования, операций, медикаментов, материалов, о противопоказаниях, возможных осложнениях и временных дискомфортах, которые могут возникнуть у Заказчика в процессе лечения и после в связи с его медицинской спецификой, анатомо-физиологическими особенностями челюстно-лицевой области Заказчика, а также общим состоянием его здоровья;

2.1.3. информировать Заказчика о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата оказания Услуг;

2.1.4. предоставлять Заказчику по его письменному заявлению (электронная почта, социальные сети, WhatsApp, почта России) копии медицинских документов, выписки из медицинских документов и заключения о ходе оказания услуг в печатном виде в сроки, установленные действующим законодательством.

2.1.5. после исполнения Договора выдать акт выполненных работ в печатном виде

2.1.6. предоставлять в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объёмов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2.1.7. представлять для ознакомления по требованию Заказчика копию учредительного документа Исполнителя, положение о его филиале (отделении, другом территориально обособленном структурном подразделении), участвующем в предоставлении платных медицинских услуг, копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением Перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с данной лицензией.

## **2.2. Заказчик обязуется:**

2.2.1. предоставлять Исполнителю необходимую информацию о состоянии здоровья Заказчика: о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, о проведенных ранее обследованиях и лечениях, об аллергических реакциях, об иных обстоятельствах, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем Услуг.

2.2.2. соблюдать все назначения и рекомендации Исполнителя для достижения и сохранения результатов оказания Услуг;

2.2.3. своевременно посещать назначаемые Исполнителем лечебные, контрольные и последующие профилактические приемы, а в случае невозможности явки по уважительной причине предупреждать об этом Исполнителя заблаговременно, то есть не позднее чем за 24 часа до назначенного Исполнителем времени соответствующего приема;

2.2.4. иным образом содействовать Исполнителю в исполнении обязательств последнего по Договору, а также в достижении целей оказания Услуг, в том числе (но не ограничиваясь) знакомиться с документами и сведениями, предоставляемыми Исполнителем;

2.2.5. оплатить Услуги Исполнителя в соответствии с Договором.

2.3. В случаях, когда это не запрещено действующими нормативными правовыми актами, **Исполнитель вправе оказывать** Услуги досрочно и (или) без согласия Заказчика привлекать к оказанию Услуг иных лиц, обладающих в необходимых случаях требуемыми разрешениями, лицензиями, сертификатами и т.п.

2.4. **Стороны имеют иные права** и несут иные обязанности в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации.

## **3. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

3.1. Исполнитель предоставляет Услуги, качество которых должно соответствовать условиям Договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к Услугам соответствующего вида. В случае если федеральным законом, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг, качество предоставляемых Услуг должно соответствовать этим требованиям.

3.2. По окончании работ Исполнитель представляет Заказчику Акт выполненных работ Услуг, который является подтверждением выполнения Услуг.

3.3. При предоставлении Услуг гражданам иностранных государств (нерезидентам) Исполнитель обеспечивает передачу сведений об осуществлении медицинской деятельности в отношении нерезидентов в соответствии с указаниями Центрального банка Российской Федерации.

3.4. При оказании Услуг обязанность Исполнителя по возврату денежной суммы, уплаченной Потребителем и (или) Заказчиком по договору, возникает в соответствии с главой III Закона Российской Федерации "О защите прав потребителей".

## **4. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ УСЛУГ**

4.1. Оплата Услуг производится в российских рублях в наличной или безналичной форме по выбору Заказчика.

4.2. Заказчику в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных Услуг (контрольно-кассовый чек, слип-чек).

4.3. В случае если при предоставлении Услуг потребуются предоставление дополнительных Услуг по экстренным показаниям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний для устранения угрозы жизни Заказчика, такие Услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

4.4. В случае отказа Заказчика после заключения Договора от получения Услуг Договор расторгается. При этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

## **5. ГАРАНТИЙНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА**

5.1. Гарантийные сроки и сроки службы на результаты оказания Услуг не устанавливаются, за исключением случаев, определенных утвержденным Исполнителем «Положением об установлении действующих гарантийных сроков и сроков службы при оказании стоматологических услуг в Центре», которым определены условия предоставления и действия указанных гарантийных обязательств в отношении результатов оказания Исполнителем отдельных стоматологических услуг.

## **6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

6.1. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной Услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.2. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.



## 7. ИЗМЕНЕНИЕ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

7.1. Договор может быть изменен или расторгнут в случаях и порядке, предусмотренных действующими действующим Законодательством Российской Федерации.

7.2. Изменение или расторжение Договора осуществляется в письменной форме.

## 8. ИНЫЕ УСЛОВИЯ

8.1. Договор вступает в силу с даты его заключения (подписания) и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по Договору.

8.2. Во всем остальном, не предусмотренном Договором, стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

8.3. Подписывая Договор, Заказчик тем самым подтверждает, что:

8.3.1. до заключения Договора Исполнитель в порядке и объеме, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации, предоставил Заказчику в доступной для него форме полную и достоверную информацию, обеспечивающую возможность свободного и правильного выбора Услуг Заказчиком, в том числе:

8.3.1.2. информацию, содержащую следующие сведения (посредством размещения на сайте Исполнителя в сети "Интернет", а также на информационных стендах (стойках) Исполнителя, расположенных в доступном для посетителей месте и оформленных таким образом, что ознакомиться с размещенной на них информацией можно свободно):

а) наименование и фирменное наименование Исполнителя;

б) адрес места нахождения Исполнителя, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;

в) сведения о выданной Исполнителю лицензии на осуществление медицинской деятельности (номер и дата регистрации, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа);

г) перечень Услуг Исполнителя с указанием цен в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления Услуг и порядке их оплаты;

д) сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении Услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;

е) режим работы Исполнителя, график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении Услуг;

ж) адреса и телефоны органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;

з) Положение об установлении гарантийных сроков и сроков службы при оказании стоматологических услуг в Центре, а также условия предоставления и действия указанных гарантийных обязательств в отношении результатов оказания Услуг;

8.3.2. сведения, указанные в Договоре, соответствуют информации, размещенной на официальном сайте Исполнителя в сети «Интернет»;

8.3.3. смысл и правовые последствия Договора, а также всех указанных в нем документов Заказчику понятны, и он сознательно, свободно и добровольно соглашается на получение Услуг за плату на условиях Договора.

8.4. Заключая Договор, каждая Сторона тем самым заверяет другую Сторону в достоверности предоставленных ею сведений о себе, в том числе указанных в Договоре, обязуется незамедлительно сообщать другой Стороне об изменении соответствующих сведений и несет перед другой Стороной ответственность за убытки, причиненные недостоверностью предоставленных сведений или несвоевременностью сообщения об их изменении.

8.5. Сообщения в связи с настоящим Договором (в том числе извещения Стороны об изменении информации о себе) могут направляться Сторонами друг другу любым из следующих способов либо всеми или несколькими из следующих способов на усмотрение Стороны-отправителя:

8.5.1. при направлении сообщения Исполнителем:

8.5.1.1. путем направления или вручения Заказчику или его представителю соответствующего письменного сообщения на бумажном носителе;

8.5.1.2. путем опубликования соответствующего сообщения на официальном сайте Исполнителя в сети «Интернет» (в таком случае Заказчик считается получившим данное сообщение на следующий день после опубликования данного сообщения на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет);

8.5.1.3. путем направления соответствующего письменного сообщения по электронной почте на адрес электронного почтового ящика Заказчика;

8.5.2. при направлении сообщения Заказчиком:

8.5.2.1. путем направления или вручения представителю Исполнителя соответствующего письменного сообщения на бумажном носителе;

8.5.2.2. путем направления соответствующего письменного сообщения по электронной почте на адрес электронного почтового ящика Исполнителя.

8.6. В целях реализации пункта 8.5 Договора для случаев, когда это не запрещено действующим законодательством Российской Федерации, Стороны признают простыми электронными подписями друг друга соответствующие адреса электронных почтовых ящиков, поскольку доступ к указанным электронным почтовым ящикам осуществляется при помощи сохраняемых Сторонами в тайне кодов доступа (паролей), и юридически приравнивают такую электронную подпись к аналогу собственноручной подписи соответствующей Стороны, а подписанные такими электронными подписями сообщения и документы к аналогу документов, подписанных на

бумажном носителе. Информация (в том числе сообщения и документы), направленная с адреса электронного почтового ящика одной Стороны на адрес электронного почтового ящика другой Стороны, считается направленной соответствующей Стороной, если в направленной информации прямо не указано иное. В целях гарантии идентификации адресанта каждая Сторона принимает меры к максимальному ограничению возможности и предотвращению несанкционированного доступа к каналам связи, используемым для обмена информацией в рамках Договора (сохранение в тайне паролей от электронных почтовых ящиков, кодов доступа к компьютерам и т.д.), в объективно доступных ей юридических, организационных и технических пределах. Положения настоящего пункта не распространяются на изменение и дополнение Договора.

8.7. Договор составлен в двух подлинных идентичных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

#### 9. ИНФОРМАЦИЯ О СТОРОНАХ:

##### ИСПОЛНИТЕЛЬ:

**Общество с ограниченной ответственностью**

**«Силуэт»:**

ОГРН 1107847365911, ИНН/КПП 7814482451 \ 781401001

Адрес ООО «Силуэт»: 197374, Санкт-Петербург, Торфяная дорога, д. 2, корп. 2, офис 123  
Р/сч 40702810502890036738в ПАО АКБ «АВАНГАРД»  
К/сч. 3010181000000000020, БИК 044525201  
Тел./факс 8 (812) 340-56-78, e-mail: siluet-2011@mail.ru

**Медицинский центр «Авис» ООО «Силуэт»:**

Ленинградская область, Всеволожский муниципальный район, 188662, п. Мурино, Воронцовский бульвар, дом 18, помещение 22Н, 22Н, Тел. +7 996-779-31-38  
e-mail: [avismyrino@mail.ru](mailto:avismyrino@mail.ru); сайт: <http://aviscenter.ru>

Главный врач \_\_\_\_\_ /О.Н.Игнатова /

\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

##### ПОТРЕБИТЕЛЬ:

Ф.И.О.

\_\_\_\_\_

Реквизиты документа, удостоверяющего личность:

\_\_\_\_\_

Адрес места жительства: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

##### ЗАКАЗЧИК:

Фамилия, имя, если имеется - также отчество:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Реквизиты документа, удостоверяющего личность:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Адрес места жительства: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Адрес электронного почтового ящика (если имеется):

\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Медицинский центр «Авис» ООО «Силуэт» уведомляет Потребителя (Заказчика) о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с частью 7 статьи 84 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011г. № 323-ФЗ обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определённый на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях. Несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.



ДОГОВОР  
ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № \_\_\_\_\_

Россия, г. Санкт-Петербург \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

**Общество с ограниченной ответственностью «Силуэт»** (197374, Санкт-Петербург, Торфяная дорога, д. 2, корп. 2, офис 123, ОГРН 1107847365911, ИНН/КПП 7814482451/781401001), действующее на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-47-01-002344 от 10.09.2020, выданной Комитетом по здравоохранению Ленинградской области (Санкт-Петербург, Лафонская ул., д. 6, тел. 539-45-45) на неопределенный срок; именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице главного врача обособленного подразделения Медицинского центра «Авис» (далее - Центр) общества с ограниченной ответственностью «Силуэт» (далее - Общество) Игнатовой Ольги Николаевны, действующей по доверенности от 17.04.2021г. № 05, с одной стороны, и гражданин (ка)

\_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, если имеется - также отчество законного представителя (родителя, усыновителя или опекуна) малолетнего гражданина, в пользу которого заключается договор)

именуемый в дальнейшем **«Заказчик»**, действующий от имени и в интересах

\_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, если имеется - также отчество малолетнего гражданина, в пользу которого заключается договор)

(в дальнейшем именуемого **«Потребитель»**) в качестве законного представителя

(указать, в качестве кого - родителя (отец, мать), усыновителя или опекуна)

на основании \_\_\_\_\_,

(указать реквизиты документа(-ов), на основании которого(-ых) действует законный представитель)

с другой стороны, совместно в дальнейшем также именуемые **«Стороны»**, а по отдельности в дальнейшем также именуемые **«Сторона»**, заключили настоящий договор (именуемый в дальнейшем **«Договор»**) о нижеследующем:

## 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. **Исполнитель** обязуется оказать Заказчику платные медицинские услуги (далее — Услуги) в соответствии с Приложением № 1 (1а, 1б), (Рекомендуемый план лечения) и/или Приложением № 2 (Выполняемый план лечения), которое является неотъемлемой частью договора, а Заказчик обязуется оплатить Исполнителю стоимость оказанных Услуг в размере, порядке и сроки, которые установлены Приложением № 1 и/или Приложением № 2.

1.2. Исполнитель оказывает Услуги по месту своего нахождения по адресу: Санкт-Петербург, г. Сестрорецк, 197701, улица Всеволода Боброва, дом 39, литера А, помещение 1Н в соответствии с действующим законодательством и утвержденными Исполнителем Правилами оказания платных медицинских услуг в Медицинском центре «Авис» ООО «Силуэт» (от 15.08.2023 г. приказ №22-пф)

## 2. ОБЯЗАННОСТИ И ПРАВА СТОРОН

### 2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. надлежащим образом оказать Заказчику Услуги в соответствии с требованиями Договора и действующих нормативных правовых актов;

2.1.2. предоставить Заказчику полную и достоверную информацию: о сущности рекомендуемых в случае Заказчика методик лечения, протезирования, операций, медикаментов, материалов, о противопоказаниях, возможных осложнениях и временных дискомфортах, которые могут возникнуть у Заказчика в процессе лечения и после в связи с его медицинской спецификой, анатомо-физиологическими особенностями челюстно-лицевой области Заказчика, а также общим состоянием его здоровья;

2.1.3. информировать Заказчика о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата оказания Услуг;

2.1.4. предоставлять Заказчику по его письменному заявлению (электронная почта, социальные сети, WhatsApp, почта России) копии медицинских документов, выписки из медицинских документов и заключения о ходе оказания услуг в печатном виде в сроки, установленные действующим законодательством.

2.1.5. после исполнения Договора выдать акт выполненных работ в печатном виде

2.1.6. предоставлять в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2.1.7. представлять для ознакомления по требованию Заказчика копию учредительного документа Исполнителя, положение о его филиале (отделении, другом территориально обособленном структурном подразделении), участвующем в предоставлении платных медицинских услуг, копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением Перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с данной лицензией.

## **2.2. Заказчик обязуется:**

2.2.1. предоставлять Исполнителю необходимую информацию о состоянии здоровья Заказчика: о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, о проведенных ранее обследованиях и лечениях, об аллергических реакциях, об иных обстоятельствах, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем Услуг.

2.2.2. соблюдать все назначения и рекомендации Исполнителя для достижения и сохранения результатов оказания Услуг;

2.2.3. своевременно посещать назначаемые Исполнителем лечебные, контрольные и последующие профилактические приемы, а в случае невозможности явки по уважительной причине предупреждать об этом Исполнителя заблаговременно, то есть не позднее чем за 24 часа до назначенного Исполнителем времени соответствующего приема;

2.2.4. иным образом содействовать Исполнителю в исполнении обязательств последнего по Договору, а также в достижении целей оказания Услуг, в том числе (но не ограничиваясь) знакомиться с документами и сведениями, предоставляемыми Исполнителем;

2.2.5. оплатить Услуги Исполнителя в соответствии с Договором.

2.3. В случаях, когда это не запрещено действующими нормативными правовыми актами, **Исполнитель вправе оказывать** Услуги досрочно и (или) без согласия Заказчика привлекать к оказанию Услуг иных лиц, обладающих в необходимых случаях требуемыми разрешениями, лицензиями, сертификатами и т.п.

2.4. **Стороны имеют иные права** и несут иные обязанности в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации.

## **3. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

3.1. Исполнитель предоставляет Услуги, качество которых должно соответствовать условиям Договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к Услугам соответствующего вида. В случае если федеральным законом, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг, качество предоставляемых Услуг должно соответствовать этим требованиям.

3.2. По окончании работ Исполнитель представляет Заказчику Акт выполненных работ Услуг, который является подтверждением выполнения Услуг.

3.3. При предоставлении Услуг гражданам иностранных государств (нерезидентам) Исполнитель обеспечивает передачу сведений об осуществлении медицинской деятельности в отношении нерезидентов в соответствии с указаниями Центрального банка Российской Федерации.

3.4. При оказании Услуг обязанность Исполнителя по возврату денежной суммы, уплаченной Потребителем и (или) Заказчиком по договору, возникает в соответствии с главой III Закона Российской Федерации "О защите прав потребителей".

## **4. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ УСЛУГ**

4.1. Оплата Услуг производится в российских рублях в наличной или безналичной форме по выбору Заказчика.

4.2. Заказчику в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных Услуг (контрольно-кассовый чек, слип-чек).

4.3. В случае если при предоставлении Услуг потребуется предоставление дополнительных Услуг по экстренным показаниям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний для устранения угрозы жизни Заказчика, такие Услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

4.4. В случае отказа Заказчика после заключения Договора от получения Услуг Договор расторгается. При этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

## **5. ГАРАНТИЙНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА**

5.1. Гарантийные сроки и сроки службы на результаты оказания Услуг не устанавливаются, за исключением случаев, определенных утвержденным Исполнителем «Положением об установлении действующих гарантийных сроков и сроков службы при оказании стоматологических услуг в Центре», которым определены условия предоставления и действия указанных гарантийных обязательств в отношении результатов оказания Исполнителем отдельных стоматологических услуг.

## **6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

6.1. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной Услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.2. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.



## 7. ИЗМЕНЕНИЕ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

7.1. Договор может быть изменен или расторгнут в случаях и порядке, предусмотренных действующими действующим Законодательством Российской Федерации.

7.2. Изменение или расторжение Договора осуществляется в письменной форме.

## 8. ИНЫЕ УСЛОВИЯ

8.1. Договор вступает в силу с даты его заключения (подписания) и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по Договору.

8.2. Во всем остальном, не предусмотренном Договором, стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

8.3. Подписывая Договор, Заказчик тем самым подтверждает, что:

8.3.1. до заключения Договора Исполнитель в порядке и объеме, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации, предоставил Заказчику в доступной для него форме полную и достоверную информацию, обеспечивающую возможность свободного и правильного выбора Услуг Заказчиком, в том числе:

8.3.1.2. информацию, содержащую следующие сведения (посредством размещения на сайте Исполнителя в сети "Интернет", а также на информационных стендах (стойках) Исполнителя, расположенных в доступном для посетителей месте и оформленных таким образом, что ознакомиться с размещенной на них информацией можно свободно):

а) наименование и фирменное наименование Исполнителя;

б) адрес места нахождения Исполнителя, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;

в) сведения о выданной Исполнителю лицензии на осуществление медицинской деятельности (номер и дата регистрации, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа);

г) перечень Услуг Исполнителя с указанием цен в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления Услуг и порядке их оплаты;

д) сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении Услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;

е) режим работы Исполнителя, график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении Услуг;

ж) адреса и телефоны органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;

з) Положение об установлении гарантийных сроков и сроков службы при оказании стоматологических услуг в Центре, а также условия предоставления и действия указанных гарантийных обязательств в отношении результатов оказания Услуг;

8.3.2. сведения, указанные в Договоре, соответствуют информации, размещенной на официальном сайте Исполнителя в сети «Интернет»;

8.3.3. смысл и правовые последствия Договора, а также всех указанных в нем документов Заказчику понятны, и он сознательно, свободно и добровольно соглашается на получение Услуг за плату на условиях Договора.

8.4. Заключая Договор, каждая Сторона тем самым заверяет другую Сторону в достоверности предоставленных ею сведений о себе, в том числе указанных в Договоре, обязуется незамедлительно сообщать другой Стороне об изменении соответствующих сведений и несет перед другой Стороной ответственность за убытки, причиненные недостоверностью предоставленных сведений или несвоевременностью сообщения об их изменении.

8.5. Сообщения в связи с настоящим Договором (в том числе извещения Стороны об изменении информации о себе) могут направляться Сторонами друг другу любым из следующих способов либо всеми или несколькими из следующих способов на усмотрение Стороны-отправителя:

8.5.1. при направлении сообщения Исполнителем:

8.5.1.1. путем направления или вручения Заказчику или его представителю соответствующего письменного сообщения на бумажном носителе;

8.5.1.2. путем опубликования соответствующего сообщения на официальном сайте Исполнителя в сети «Интернет» (в таком случае Заказчик считается получившим данное сообщение на следующий день после опубликования данного сообщения на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет);

8.5.1.3. путем направления соответствующего письменного сообщения по электронной почте на адрес электронного почтового ящика Заказчика;

8.5.2. при направлении сообщения Заказчиком:

8.5.2.1. путем направления или вручения представителю Исполнителя соответствующего письменного сообщения на бумажном носителе;

8.5.2.2. путем направления соответствующего письменного сообщения по электронной почте на адрес электронного почтового ящика Исполнителя.

8.6. В целях реализации пункта 8.5 Договора для случаев, когда это не запрещено действующим законодательством Российской Федерации, Стороны признают простыми электронными подписями друг друга соответствующие адреса электронных почтовых ящиков, поскольку доступ к указанным электронным почтовым ящикам осуществляется при помощи сохраняемых Сторонами в тайне кодов доступа (паролей), и юридически приравнивают такую электронную подпись к аналогу собственноручной подписи соответствующей Стороны, а

подписанные такими электронными подписями сообщения и документы к аналогу документов, подписанных на бумажном носителе. Информация (в том числе сообщения и документы), направленная с адреса электронного почтового ящика одной Стороны на адрес электронного почтового ящика другой Стороны, считается направленной соответствующей Стороной, если в направленной информации прямо не указано иное. В целях гарантии идентификации адресанта каждая Сторона принимает меры к максимальному ограничению возможности и предотвращению несанкционированного доступа к каналам связи, используемым для обмена информацией в рамках Договора (сохранение в тайне паролей от электронных почтовых ящиков, кодов доступа к компьютерам и т.д.), в объективно доступных ей юридических, организационных и технических пределах. Положения настоящего пункта не распространяются на изменение и дополнение Договора.

8.7. Договор составлен в двух подлинных идентичных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

#### 9. ИНФОРМАЦИЯ О СТОРОНАХ:

##### ИСПОЛНИТЕЛЬ:

**Общество с ограниченной ответственностью**

**«Силуэт»:**

ОГРН 1107847365911, ИНН/КПП 7814482451 \ 781401001

Адрес ООО «Силуэт»: 197374, Санкт-Петербург, Торфяная дорога, д. 2, корп. 2, офис 123  
Р/сч 40702810502890036738в ПАО АКБ «АВАНГАРД»  
К/сч. 3010181000000000020, БИК 044525201  
Тел./факс 8 (812) 340-56-78, e-mail: siluet-2011@mail.ru

Обособленное подразделение

«Медицинский центр «Авис» , КПП 784345001  
197701, ул. Всеволода Боброва, д. 39, лит. А, пом 1Н;  
тел. +7 900 642-84-00;

e-mail: [avismedcentr@mail.ru](mailto:avismedcentr@mail.ru); сайт: <http://aviscenter.ru>

Главный врач \_\_\_\_\_ /О.Н.Игнатова /

\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

##### ПОТРЕБИТЕЛЬ:

Ф.И.О.

\_\_\_\_\_

Реквизиты документа, удостоверяющего личность:

\_\_\_\_\_

Адрес места жительства: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

##### ЗАКАЗЧИК:

Фамилия, имя, если имеется - также отчество:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Реквизиты документа, удостоверяющего личность:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Адрес места жительства: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Адрес электронного почтового ящика (если имеется):

\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.



**Общество с ограниченной ответственностью «Силуэт»**  
**Медицинский центр «Авис»**  
Ленинградская область, Всеволожский муниципальный район, 188662, г. Мурино,  
Воронцовский бульвар, дом 18, помещение 22Н,  
Тел. +7 996-779-31-38, e-mail: [avismyrino@mail.ru](mailto:avismyrino@mail.ru), caim: <http://aviscenter.ru>

## АНКЕТА О ЗДОРОВЬЕ

г. Мурино

\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

Сведения о Вашем здоровье позволят врачу правильно подобрать анестезию, лекарства и методы лечения, составить план лечения.

Врач пояснит (в оправданных случаях): есть ли связь между Вашим общим здоровьем и состоянием полости рта.

Ваши данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам.

Последнее посещение врача-стоматолога: месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_

**По каждому пункту анкеты надо отвечать ДА или НЕТ – поставьте «V»**

№ п/п	Сведения о здоровье	ДА	НЕТ
1.	<b>Аллергия. Что вызывает Аллергию:</b>		
	местные анестетики		
	антибиотики, сульфаниламиды, препараты йода		
	гормональные препараты		
	пыльца и растения, пищевые продукты, шерсть животных		
	другие вещества и препараты		
	Чем снимаются приступы аллергии _____	xxx	xxx
2..	<b>Страдаете ли Вы</b>		
	повышенным артериальным давлением (макс _____ )		
	пониженным артериальным давлением (мин. _____ )		
3.	<b>Страдаете ли вы заболеваниями:</b>		
	сердца (стенокардия, сердцебиение, инфаркт миокарда, ишемическая болезнь, кардиостимулятор)		
	Почек		
	печени		
	желудочно-кишечного тракта (гастрит, язва)		
	дыхательных путей (астма, туберкулез, бронхит)		
	сосудов (склероз, тромбофлебит)		
	ревматизм		
	глаукома		
	диабет		
	заболевания щитовидной железы		
	заболевания кожи (псориаз, нейродермит)		
	уха, горла, носа		
	костной системы, суставов		
	заболевания крови		
	нарушения свертываемости крови		
	Онкологические заболевания		
	ВИЧ		
	Гепатит		
4.	<b>Бывают ли у Вас</b>		
	длительные кровотечения (после порезов, травм, операций)		
	головокружения, потери сознания, одышки		
	при введении анестетиков и других препаратов		
	головные боли (в том числе беспричинные)		

5.	<b>Были ли у Вас</b>		
	травмы (какие)		
	сотрясение головного мозга		
	припадки, обмороки, эпилепсия		
6.	<b>Получение медицинской помощи в настоящее время или последние 6 месяцев:</b>		
	лечусь, проводилось лечение (год _____ месяц _____ )		
	состою на учете в лечебном учреждении (по повод _____)		
	последнее медицинское обследование (год _____ месяц _____ )		
	операция (год _____ месяц _____ )		
7.	<b>Дополнительные сведения</b>		
	постоянно или периодически принимаю лекарственные препараты _____		
	моя работа связана с вредными факторами (какими) _____		
	вредные привычки: курение, алкоголь, наркотики		
8.	<b>Для пациенток</b>		
	Вы беременны, кормящая мать _____		
	постоянно или периодически принимаете противозачаточные средства		
9.	<b>Дополнительная информация, касающаяся стоматологического лечения</b>		
	при прохождении стоматологического лечения в прошлом были:		
	аллергическая реакция		
	продолжительное кровотечение		
	какие либо другие осложнения вовремя и после лечения		
	боли и щелканья в нижнечелюстном суставе		
	кровоточивость десен при чистке зубов		
	появление герпеса («простуды»)		
	появление трещин губ, заед		
	бруксизм (скрежетание зубами)		
	периодическое появление язв в полости рта		
	периодическая или постоянная сухость во рту		
	хотелось бы изменить цвет или форму зубов		
	запах изо рта		

**10. Дополнительно хочу сообщить о состоянии своего здоровья следующее**

\_\_\_\_\_

**Мне известно, что от состояния моего здоровья зависят:**

- результаты лечения
- гарантии на каждую работу, выполненную врачом.

**Я знаю:**

- в случае приема лекарственных препаратов перед посещением стоматолога надо сообщить ему об этом;
- Анкету о здоровье надо заполнять вновь каждый год.

**Я подтверждаю, что мои ответы о перенесенных заболеваниях и имевших место осложнениях ДОСТОВЕРНЫ**

Пациент \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_ (подпись)

Подпись врача \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_ (подпись)





Общество с ограниченной ответственностью «Силуэт»

Медицинский центр «Авис»

г. Санкт-Петербург, г. Сестрорецк 197701, ул. Всеволода Боброва, д. 39, лит. А, пом 1Н;  
тел. +7 900 642-84-00; e-mail: [avismedcentr@mail.ru](mailto:avismedcentr@mail.ru); сайт: <http://aviscenter.ru>

**АНКЕТА О ЗДОРОВЬЕ**

г. Мурино

\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

Сведения о Вашем здоровье позволят врачу правильно подобрать анестезию, лекарства и методы лечения, составить план лечения.

Врач пояснит (в оправданных случаях): есть ли связь между Вашим общим здоровьем и состоянием полости рта.

Ваши данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам.

Последнее посещение врача-стоматолога: месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_

**По каждому пункту анкеты надо отвечать ДА или НЕТ – поставьте «V»**

№ п/п	Сведения о здоровье	ДА	НЕТ
1.	<b>Аллергия. Что вызывает Аллергию:</b>		
	местные анестетики		
	антибиотики, сульфаниламиды, препараты йода		
	гормональные препараты		
	пыльца и растения, пищевые продукты, шерсть животных		
	другие вещества и препараты		
	Чем снимаются приступы аллергии _____	xxx	xxx
2..	<b>Страдаете ли Вы</b>		
	повышенным артериальным давлением (макс _____ )		
	пониженным артериальным давлением (мин. _____ )		
3.	<b>Страдаете ли вы заболеваниями:</b>		
	сердца (стенокардия, сердцебиение, инфаркт миокарда, ишемическая болезнь, кардиостимулятор)		
	Почек		
	печени		
	желудочно-кишечного тракта (гастрит, язва)		
	дыхательных путей (астма, туберкулез, бронхит)		
	сосудов (склероз, тромбофлебит)		
	ревматизм		
	глаукома		
	диабет		
	заболевания щитовидной железы		
	заболевания кожи (псориаз, нейродермит)		
	уха, горла, носа		
	костной системы, суставов		
	заболевания крови		
	нарушения свертываемости крови		
	Онкологические заболевания		
	ВИЧ		
	Гепатит		
4.	<b>Бывают ли у Вас</b>		
	длительные кровотечения (после порезов, травм, операций)		
	головокружения, потери сознания, одышки		
	при введении анестетиков и других препаратов		
	головные боли (в том числе беспричинные)		

5.	<b>Были ли у Вас</b>		
	травмы (какие)		
	сотрясение головного мозга		
	припадки, обмороки, эпилепсия		
6.	<b>Получение медицинской помощи в настоящее время или последние 6 месяцев:</b>		
	лечусь, проводилось лечение (год _____ месяц _____ )		
	состою на учете в лечебном учреждении (по повод _____)		
	последнее медицинское обследование (год _____ месяц _____ )		
	операция (год _____ месяц _____ )		
7.	<b>Дополнительные сведения</b>		
	постоянно или периодически принимаю лекарственные препараты _____		
	моя работа связана с вредными факторами (какими) _____		
	вредные привычки: курение, алкоголь, наркотики		
8.	<b>Для пациенток</b>		
	Вы беременны, кормящая мать _____		
	постоянно или периодически принимаете противозачаточные средства		
9.	<b>Дополнительная информация, касающаяся стоматологического лечения</b>		
	при прохождении стоматологического лечения в прошлом были:		
	аллергическая реакция		
	продолжительное кровотечение		
	какие либо другие осложнения вовремя и после лечения		
	боли и щелканья в нижнечелюстном суставе		
	кровоточивость десен при чистке зубов		
	появление герпеса («простуды»)		
	появление трещин губ, заед		
	бруксизм (скрежетание зубами)		
	периодическое появление язв в полости рта		
	периодическая или постоянная сухость во рту		
	хотелось бы изменить цвет или форму зубов		
	запах изо рта		

**10. Дополнительно хочу сообщить о состоянии своего здоровья следующее**

Мне известно, что от состояния моего здоровья зависят:

- результаты лечения
- гарантии на каждую работу, выполненную врачом.

**Я знаю:**

- в случае приема лекарственных препаратов перед посещением стоматолога надо сообщить ему об этом;
- Анкету о здоровье надо заполнять вновь каждый год.

**Я подтверждаю, что мои ответы о перенесенных заболеваниях и имевших место осложнениях ДОСТОВЕРНЫ**

Пациент \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_ (подпись)

Подпись врача \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_ (подпись)



**Общество с ограниченной ответственностью «Силуэт»  
Медицинский центр «Авис»**

Ленинградская область, Всеволожский муниципальный район, 188662,  
г. Мурино, Воронцовский бульвар, дом 18, помещение 22Н,  
Тел. +7 996-779-31-38, e-mail: [avismyrino@mail.ru](mailto:avismyrino@mail.ru), caim: <http://aviscenter.ru>

**Медицинский центр строго руководствуется:**

1. Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011г. (ред. от 24.07.2023г.), ст. 19, 20, 21
2. Законом РФ «О защите прав потребителей», 07.02.1992 г № 2300-1 (ред. от 05.12.2022г.)
3. Постановлением Правительства РФ «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» от 11.05.2023г. №736
4. Приказ Минздрава России от 12.11.2021 N 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".

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
на проведение медицинского вмешательства**

г. Мурино

\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

**Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.**

**Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена, разъяснена и понятна вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными условиями его проведения.**

**Я \_\_\_\_\_ соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить зубной врач/ врач стоматолог \_\_\_\_\_**

**В исключительных случаях (например, болезнь врача) Медицинский центр может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.**

**1. При ортопедическом лечении мне разъяснены:**

- 1.1. Диагноз, допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.
- 1.2. Индивидуальный рекомендуемый план лечения.
- 1.3. Допустимость уточнения диагноза (показаний к протезированию) в процессе лечения.
- 1.4. Индивидуальный рекомендованный план ортопедического лечения и подготовки к нему.
- 1.5. Допустимость коррекции согласованного выполняемого плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.
- 1.6. Возможные альтернативные варианты протезирования.
- 1.7. Возможные негативные последствия отказа от рекомендованного плана лечения или частичного его выполнения, а именно: перелом зуба (при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения); прогрессирование зубоальвеолярных деформаций; дальнейшее снижение эффективности жевания; ухудшение эстетики; нарушение функций речи; прогрессирование заболеваний пародонта; быстрая утрата зубов остаточного прикуса; заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава; заболевания желудочно-кишечного тракта; нейропатология.
- 1.8. Возможные осложнения на разных этапах протезирования:
  - 1.8.1. Под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции;
  - 1.8.2. Последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции; изменения витаминного, иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры;
  - 1.8.3. При снятии старых ортопедических конструкций: травма мягких тканей, отлом части зуба(ов)

- 1.8.4. При получении оттисков: вывих нижнечелюстного сустава; неприятные ощущения при повышенном рвотном рефлексе.
- 1.8.5. После постановки коронки или протеза: дискомфорт, который проходит в течение 2-5 дней; необходимость через некоторое время проводить коррекцию либо переделку протеза (по ситуации) по причинам, не зависящим от работы врача, но обусловленным неизбежными изменениями в полости рта, а именно: опущение и изменение формы десны, атрофия костной ткани челюсти, стираемость поверхности зубов. Время коррекции или переделки протеза зависит от скорости изменений в полости рта конкретного человека.
- 1.9. Во время адаптационного периода протез (ортопедическая конструкция), может вызвать болевые ощущения в области верхней и нижней челюсти, натирание слизистой оболочки губ и щек, нарушение речеобразования и другие дискомфортные явления. Адаптационный период в среднем может длиться от 1 до 4 недель. При невыполнении рекомендаций ношения ортопедической конструкции и несвоевременном обращении с жалобой к лечащему врачу денежные средства за конструкцию, не возвращаются.

## 2. Общие положения

- 2.1. Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о гарантиях.
- 2.2. Мне названы и со мной согласованы технологии (методы), которые будут использованы в процессе лечения, сроки проведения лечения.
- 2.3. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованного плана лечения.
- 2.4. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования, такие как ортопантограмма, прицельный снимок, компьютерную томографию челюстно-лицевой области, консультация стоматолога(ов) другого профиля, врача(ей) общего медицинского профиля.
- 2.5. Мною были заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.
- 2.6. Я осознаю, что невозможно предсказать течение реабилитационного периода и длительность лечения. Мне разъяснено, что при неблагоприятном течении воспалительного процесса возможно лечение в стационаре.
- 2.7. Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющуюся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.
- 2.8. Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Пациент	_____	_____
	(Ф.И.О.)	(подпись)
Врач	_____	_____
	(Ф.И.О.)	(подпись)





**Общество с ограниченной ответственностью «Силуэт»  
Медицинский центр «Авис»**

г. Санкт-Петербург, г. Сестрорецк 197701, ул. Всеволода Боброва, д. 39, лит. А, пом 1Н;  
тел. +7 900 642-84-00; e-mail: [avismedcentr@mail.ru](mailto:avismedcentr@mail.ru); сайт: <http://aviscenter.ru>

**Медицинский центр строго руководствуется:**

1. Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011г. (ред. от 24.07.2023г.), ст. 19, 20, 21
2. Законом РФ «О защите прав потребителей», 07.02.1992 г № 2300-1 (ред. от 05.12.2022г.)
3. Постановлением Правительства РФ «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» от 11.05.2023г. №736
4. Приказ Минздрава России от 12.11.2021 N 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".

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
на проведение медицинского вмешательства**

г. Сестрорецк \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

**Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.**

**Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена, разъяснена и понятна вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными условиями его проведения.**

**Я \_\_\_\_\_ соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить зубной врач/ врач стоматолог \_\_\_\_\_**

**В исключительных случаях (например, болезнь врача) Медицинский центр может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.**

**1. При ортопедическом лечении мне разъяснены:**

- 1.1. Диагноз, допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.
- 1.2. Индивидуальный рекомендуемый план лечения.
- 1.3. Допустимость уточнения диагноза (показаний к протезированию) в процессе лечения.
- 1.4. Индивидуальный рекомендованный план ортопедического лечения и подготовки к нему.
- 1.5. Допустимость коррекции согласованного выполняемого плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.
- 1.6. Возможные альтернативные варианты протезирования.
- 1.7. Возможные негативные последствия отказа от рекомендованного плана лечения или частичного его выполнения, а именно: перелом зуба (при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения); прогрессирование зубоальвеолярных деформаций; дальнейшее снижение эффективности жевания; ухудшение эстетики; нарушение функций речи; прогрессирование заболеваний пародонта; быстрая утрата зубов остаточного прикуса; заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава; заболевания желудочно-кишечного тракта; нейропатология.
- 1.8. Возможные осложнения на разных этапах протезирования:
  - 1.8.1. Под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции;
  - 1.8.2. Последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции; изменения витаминного, иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры;
  - 1.8.3. При снятии старых ортопедических конструкций: травма мягких тканей, отлом части зуба(ов)
  - 1.8.4. При получении оттисков: вывих нижнечелюстного сустава; неприятные ощущения при повышенном рвотном рефлексе.

1.8.5. После постановки коронки или протеза: дискомфорт, который проходит в течение 2-5 дней; необходимость через некоторое время проводить коррекцию либо переделку протеза (по ситуации) по причинам, не зависящим от работы врача, но обусловленным неизбежными изменениями в полости рта, а именно: опущение и изменение формы десны, атрофия костной ткани челюсти, стираемость поверхности зубов. Время коррекции или переделки протеза зависит от скорости изменений в полости рта конкретного человека.

1.9. Во время адаптационного периода протез (ортопедическая конструкция), может вызвать болевые ощущения в области верхней и нижней челюсти, натирание слизистой оболочки губ и щек, нарушение речеобразования и другие дискомфортные явления. Адаптационный период в среднем может длиться от 1 до 4 недель. При невыполнении рекомендаций ношения ортопедической конструкции и несвоевременном обращении с жалобой к лечащему врачу денежные средства за конструкцию, не возвращаются.

## 2. Общие положения

2.1. Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о гарантиях.

2.2. Мне названы и со мной согласованы технологии (методы), которые будут использованы в процессе лечения, сроки проведения лечения.

2.3. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованного плана лечения.

2.4. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования, такие как ортопантограмма, прицельный снимок, компьютерную томографию челюстно-лицевой области, консультация стоматолога(ов) другого профиля, врача(ей) общего медицинского профиля.

2.5. Мною были заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

2.6. Я осознаю, что невозможно предсказать течение реабилитационного периода и длительность лечения. Мне разъяснено, что при неблагоприятном течении воспалительного процесса возможно лечение в стационаре.

2.7. Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющуюся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

2.8. Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Пациент	_____	_____
	(Ф.И.О.)	(подпись)
Врач	_____	_____
	(Ф.И.О.)	(подпись)



Общество с ограниченной ответственностью «Силуэт»  
Медицинский центр «Авис»  
Ленинградская область, Всеволожский муниципальный район, 188662,  
г. Мурино, Воронцовский бульвар, дом 18, помещение 22Н,  
Тел. +7 996-779-31-38 e-mail: [avismyrino@mail.ru](mailto:avismyrino@mail.ru), сайт: <http://aviscenter.ru>

### Медицинский центр строго руководствуется:

1. Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011г. (ред. от 24.07.2023г.), ст. 19, 20, 21
2. Законом РФ «О защите прав потребителей», 07.02.1992 г № 2300-1 (ред. от 05.12.2022г.)
3. Постановлением Правительства РФ «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» от 11.05.2023г. №736
4. Приказ Минздрава России от 12.11.2021 N 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"

### ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на проведение медицинского вмешательства

г. Мурино

\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена, разъяснена и понятна вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными условиями его проведения.

Я \_\_\_\_\_ соглашаюсь с тем, что лечение моего ребенка, \_\_\_\_\_ будет проводить врач-стоматолог \_\_\_\_\_

В исключительных случаях (например, болезнь врача) Медицинский центр может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

#### 1. При лечении кариеса молочного зуба. При лечении кариеса постоянного зуба. При лечении осложненных форм кариеса молочных зубов.

- 1.1. Диагноз, допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.
- 1.2. Индивидуальный рекомендуемый план лечения.
- 1.3. Допустимость коррекции составленного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач, а именно: кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали, в действительности может оказаться больше, а следовательно увеличится площадь обработки зуба (снятие пораженных тканей), что может привести к необходимости лечения осложненных форм кариеса. При этом увеличится объем восстановления обработанных тканей зуба, что может привести к необходимости восстановления значительной части зуба или постановке коронки.
- 1.4. Возможные альтернативные варианты, а именно: удаление пораженного зуба (пораженных зубов), не проведение лечения.
- 1.5. Возможные негативные последствия частичного или полного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно: прогрессирование кариеса, развитие его осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; прогрессирование воспалительного процесса; переход воспаления на зачаток постоянного зуба; потеря зуба (зубов); нарушение общего состояния организма. развитие осложнений (у детей оно происходит быстрее, чем у взрослых, что обусловлено особенностями кровоснабжения челюстно-лицевой области).
- 1.6. Возможные осложнения под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции. Поскольку после анестезии чувствительность тканей значительно снижена, ребенок может накусать щеки, губы.
- 1.7. Возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного иммунологического баланса, нарушение состава кишечной микрофлоры.
- 1.8. Возможные осложнения после лечения кариеса и постановки пломбы (спустя неделю и более), а именно: воспаление пульпы вследствие проникновения бактерий кариозного поражения, если слой дентина

тонкий (глубокий кариес) или повреждения в процессе обработки зуба; в этом случае может потребоваться – снять поставленную пломбу, пролечить каналы, поставить новую пломбу.

1.9. Возможные осложнения осложненных форм кариеса молочного зуба в процессе и после лечения, а именно: определенный процент (5-10) неэффективного лечения молочных зубов по причине его медицинской специфики, а также индивидуальных особенностей молочных зубов у конкретного пациента и состояния его здоровья; необходимость хирургического вмешательства в районе тканей, окружающих зуб, или даже удаление зуба.

1.10. Существование нескольких методов лечения кариеса молочных зубов: обработка кариозной полости, постановка пломбы в одно посещение; метод отсроченного пломбирования – обработка кариозной полости, подкладка из кальцийсодержащего материала, временное пломбирование, замена временной пломбой на постоянную через 6 месяцев.

1.11. Существование нескольких методов лечения осложненных форм кариеса молочных зубов: удаляется пульпа из коронковой части зуба, а в корневой части зуба пульпа сохраняется. Такое лечение проводится в одно, два или три посещения врача; оставшаяся часть пульпы удаляется из корней и из коронковой части, корневые каналы пломбируются лекарственными препаратами. Такое лечение возможно в два или три посещения.

1.12. После лечения осложненных форм кариеса необходимо восстановление верхней части зуба, т.е. постановка пломбы или коронки

## **2. При удалении молочного зуба. При удалении постоянного зуба.**

2.1. Диагноз, допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.

2.2. Индивидуальный рекомендуемый план лечения.

2.3. Допустимость коррекции составленного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

2.4. Возможные альтернативные варианты лечения.

2.5. Возможные негативные последствия отказа от рекомендованного плана лечения или частичного его выполнения, а именно: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба; нарушения общего состояния организма.

2.6. Возможные осложнения на этапах и после лечения, а именно:

2.6.1. Под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола, снижение внимания, аллергические реакции;

2.6.2. Последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случаях их назначения), а именно: аллергические реакции; изменения витаминного и иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры;

2.6.3. В процессе лечения – дискомфорт, боль, отек (припухлость) десны и мягких тканей; кровотечение, после чего для выздоровления может потребоваться несколько дней; повреждение соседних зубов и пломб; натяжение уголков рта, с последующим появлением трещин; повреждение нерва, приводящее к онемению или подергиванию губы, онемению подбородка, десен, зубов, языка в оперированном участке (это может продлиться несколько месяцев или остаться постоянным); перелом челюсти; открытие гайморовой пазухи, что потребует проведения дополнительной операции; вывих или подвывих нижней челюсти;

2.6.4. После лечения – воспаление, требующее дополнительного лечения; ограничение открывания рта в течение нескольких дней или недель; оставление небольшого кусочка корня зуба в челюсти, чтобы не проводить обширную операцию;

2.6.5. При подозрении на аллергические реакции на анестетики, а также при наличии разлитого воспаления тканей, окружающих зуб, врач в праве рекомендовать дальнейшее лечение в специализированном стационаре.

## **3. Общие положения**

3.1. Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о гарантиях.

3.2. Мне названы и со мной согласованы технологии (методы), которые будут использованы в процессе лечения, сроки проведения лечения.

3.3. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованного плана лечения.

3.4. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования, такие как ортопантограмма, прицельный снимок, компьютерную томографию челюстно-лицевой области, консультация стоматолога(ов) другого профиля, врача(ей) общего медицинского профиля.

3.5. Мне сообщено и понятно, что удаленный молочный зуб, являясь медицинскими отходами группы Б, подлежит утилизации в Медицинском центре «Авис» и не может быть выдан родителю (по его запросу).

3.6. Я осознаю, что невозможно предсказать течение реабилитационного периода и длительность лечения. Мне разъяснено, сто при неблагоприятном течении воспалительного процесса возможно лечение в стационаре.

3.7. Мною были заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

3.8. Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющуюся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

3.9. Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Пациент (законный представитель) \_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

(подпись)



Врач

---

(Ф.И.О.)

(подпись)



**Общество с ограниченной ответственностью «Силуэт»  
Медицинский центр «Авис»**

г. Санкт-Петербург, г. Сестрорецк 197701, ул. Всеволода Боброва, д. 39, лит. А, пом 1Н;  
тел. +7 900 642-84-00; e-mail: [avismedcentr@mail.ru](mailto:avismedcentr@mail.ru); сайт: <http://aviscenter.ru>

**Медицинский центр строго руководствуется:**

1. Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011г. (ред. от 24.07.2023г.), ст. 19, 20, 21
2. Законом РФ «О защите прав потребителей», 07.02.1992 г № 2300-1 (ред. от 05.12.2022г.)
3. Постановлением Правительства РФ «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» от 11.05.2023г. №736
4. Приказ Минздрава России от 12.11.2021 N 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"

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
на проведение медицинского вмешательства**

г. Сестрорецк \_\_\_\_\_

20\_\_\_\_\_

**Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.**

**Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена, разъяснена и понятна вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными условиями его проведения.**

**Я \_\_\_\_\_ соглашаюсь с тем, что \_\_\_\_\_ лечение моего ребенка, \_\_\_\_\_ будет проводить врач-стоматолог \_\_\_\_\_**

**В исключительных случаях (например, болезнь врача) Медицинский центр может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.**

**1. При лечении кариеса молочного зуба. При лечении кариеса постоянного зуба. При лечении осложненных форм кариеса молочных зубов.**

- 1.1. Диагноз, допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.
- 1.2. Индивидуальный рекомендуемый план лечения.
- 1.3. Допустимость коррекции составленного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач, а именно: кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали, в действительности может оказаться больше, а следовательно увеличится площадь обработки зуба (снятие пораженных тканей), что может привести к необходимости лечения осложненных форм кариеса. При этом увеличится объем восстановления обработанных тканей зуба, что может привести к необходимости восстановления значительной части зуба или постановке коронки.
- 1.4. Возможные альтернативные варианты, а именно: удаление пораженного зуба (пораженных зубов), не проведение лечения.
- 1.5. Возможные негативные последствия частичного или полного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно: прогрессирование кариеса, развитие его осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; прогрессирование воспалительного процесса; переход воспаления на зачаток постоянного зуба; потеря зуба (зубов); нарушение общего состояния организма. развитие осложнений (у детей оно происходит быстрее, чем у взрослых, что обусловлено особенностями кровоснабжения челюстно-лицевой области).
- 1.6. Возможные осложнения под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции. Поскольку после анестезии чувствительность тканей значительно снижена, ребенок может накусать щеки, губы.
- 1.7. Возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного иммунологического баланса, нарушение состава кишечной микрофлоры.
- 1.8. Возможные осложнения после лечения кариеса и постановки пломбы (спустя неделю и более), а именно: воспаление пульпы вследствие проникновения бактерий кариозного поражения, если слой дентина тонкий (глубокий кариес) или повреждения в процессе обработки зуба; в этом случае может потребоваться – снять поставленную пломбу, пролечить каналы, поставить новую пломбу.

1.9. Возможные осложнения осложненных форм кариеса молочного зуба в процессе и после лечения, а именно: определенный процент (5-10) неэффективного лечения молочных зубов по причине его медицинской специфики, а также индивидуальных особенностей молочных зубов у конкретного пациента и состояния его здоровья; необходимость хирургического вмешательства в районе тканей, окружающих зуб, или даже удаление зуба.

1.10. Существование нескольких методов лечения кариеса молочных зубов: обработка кариозной полости, постановка пломбы в одно посещение; метод отсроченного пломбирования – обработка кариозной полости, подкладка из кальцийсодержащего материала, временное пломбирование, замена временной пломбой на постоянную через 6 месяцев.

1.11. Существование нескольких методов лечения осложненных форм кариеса молочных зубов: удаляется пульпа из коронковой части зуба, а в корневой части зуба пульпа сохраняется. Такое лечение проводится в одно, два или три посещения врача; оставшаяся часть пульпы удаляется из корней и из коронковой части, корневые каналы пломбируются лекарственными препаратами. Такое лечение возможно в два или три посещения.

1.12. После лечения осложненных форм кариеса необходимо восстановление верхней части зуба, т.е. постановка пломбы или коронки

## **2. При удалении молочного зуба. При удалении постоянного зуба.**

2.1. Диагноз, допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.

2.2. Индивидуальный рекомендуемый план лечения.

2.3. Допустимость коррекции составленного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

2.4. Возможные альтернативные варианты лечения.

2.5. Возможные негативные последствия отказа от рекомендованного плана лечения или частичного его выполнения, а именно: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба; нарушения общего состояния организма.

2.6. Возможные осложнения на этапах и после лечения, а именно:

2.6.1. Под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола, снижение внимания, аллергические реакции;

2.6.2. Последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случаях их назначения), а именно: аллергические реакции; изменения витаминного и иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры;

2.6.3. В процессе лечения – дискомфорт, боль, отек (припухлость) десны и мягких тканей; кровотечение, после чего для выздоровления может потребоваться несколько дней; повреждение соседних зубов и пломб; натяжение уголков рта, с последующим появлением трещин; повреждение нерва, приводящее к онемению или подергиванию губы, онемению подбородка, десен, зубов, языка в оперированном участке (это может продлиться несколько месяцев или остаться постоянным); перелом челюсти; открытие гайморовой пазухи, что потребует проведения дополнительной операции; вывих или подвывих нижней челюсти;

2.6.4. После лечения – воспаление, требующее дополнительного лечения; ограничение открывания рта в течение нескольких дней или недель; оставление небольшого кусочка корня зуба в челюсти, чтобы не проводить обширную операцию;

2.6.5. При подозрении на аллергические реакции на анестетики, а также при наличии разлитого воспаления тканей, окружающих зуб, врач в праве рекомендовать дальнейшее лечение в специализированном стационаре.

## **3. Общие положения**

3.1. Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о гарантиях.

3.2. Мне названы и со мной согласованы технологии (методы), которые будут использованы в процессе лечения, сроки проведения лечения.

3.3. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованного плана лечения.

3.4. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования, такие как ортопантограмма, прицельный снимок, компьютерную томографию челюстно-лицевой области, консультация стоматолога(ов) другого профиля, врача(ей) общего медицинского профиля.

3.5. Мне сообщено и понятно, что удаленный молочный зуб, являясь медицинскими отходами группы Б, подлежит утилизации в Медицинском центре «Авис» и не может быть выдан родителю (по его запросу).

3.6. Я осознаю, что невозможно предсказать течение реабилитационного периода и длительность лечения. Мне разъяснено, сто при неблагоприятном течении воспалительного процесса возможно лечение в стационаре.

3.7. Мною были заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

3.8. Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющуюся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

3.9. Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Пациент (законный представитель) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_ (подпись)

Врач \_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

(подпись)



**Общество с ограниченной ответственностью «Силуэт»  
Медицинский центр «Авис»**

Ленинградская область, Всеволожский муниципальный район, 188662,  
г. Мурино, Воронцовский бульвар, дом 18, помещение 22Н,  
Тел. +7 996-779-31-38, e-mail: [avismyrino@mail.ru](mailto:avismyrino@mail.ru), сайт: <http://aviscenter.ru>

**Медицинский центр строго руководствуется:**

1. Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011г. (ред. от 24.07.2023г.), ст. 19, 20, 21
2. Законом РФ «О защите прав потребителей», 07.02.1992 г № 2300-1 (ред. от 05.12.2022г.)
3. Постановлением Правительства РФ «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» от 11.05.2023г. №736
4. Приказ Минздрава России от 12.11.2021 N 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"

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
на проведение медицинского вмешательства - ортодонтическое лечение**

г. Мурино

\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена, разъяснена и понятна вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными условиями его проведения.

Я \_\_\_\_\_ соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач стоматолог \_\_\_\_\_

В исключительных случаях (например, болезнь врача) Медицинский центр может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

1. Диагноз, допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.
2. Индивидуальный рекомендованный план ортодонтического лечения и подготовки к нему.
3. Допустимость коррекции согласованного выполняемого плана и технологий ортодонтического лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач (особенности роста и развития зубочелюстной системы детей и подростков, изменение общего состояния здоровья, беременность и т.д.).
4. Допустимость увеличения сроков лечения в случае нерегулярного посещения или невыполнения рекомендаций врача.
5. Возможные альтернативные варианты.
6. Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения
7. Возможные осложнения на разных этапах ортодонтического лечения вследствие ряда причин, независящих от врача, а именно: *нарушения эмали зубов* (появление пятен, кариеса, повышение чувствительности зубов); *воспаление десны* (кровоточивость, отечность) – вследствие плохой гигиены полости рта, снижения иммунитета или изменения гормонального фона; *избыточное перемещение, излишняя подвижность зубов, усиление зубоальвеолярных деформаций* вследствие несвоевременной явки к врачу, отказа от рекомендованного плана лечения или заболеваний пародонта; *невозможность перемещения зуба* – вследствие горизонтального расположения зуба в кости или сращения корня зуба с окружающей тканью; *усиление опускания десны* – вследствие начальных признаков этого процесса до начала лечения; *рассасывание верхушек корней* – вследствие гормональных нарушений, неконтролируемого использования ортодонтического аппарата; *нарушение речевой функции* – временно,



на период ортодонтического лечения; *поломка аппарата и попадание его частей в дыхательные пути или желудочно-кишечный тракт* – вследствие нарушений рекомендаций врача, режима использования аппарата (жевание грубой пищи, раскусывание орехов, ношение съемного аппарата в бассейне и др.); *частичная или полная потеря достигнутого результата* – вследствие несоблюдения требований к закрепляющему периоду лечения, невыполнения рекомендаций врача (например, удалить зачатки зубов «мудрости»), несвоевременного обращения к врачу при поломке аппарата;

8. Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о гарантиях.
9. Мне названы и со мной согласованы технологии (методы), которые будут использованы в процессе лечения, сроки проведения лечения.
10. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованного плана лечения.
11. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования, такие как ортопантограмма, прицельный снимок, компьютерную томографию челюстно-лицевой области, консультация стоматолога(ов) другого профиля, врача(ей) общего медицинского профиля.
12. Я осознаю, что невозможно предсказать течение реабилитационного периода и длительность лечения. Мне разъяснено, сто при неблагоприятном течении воспалительного процесса возможно лечение в стационаре.
13. Мною были заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и былиполучены исчерпывающие ответы , разъяснения.
14. Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющуюся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

**Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.**

Пациент	_____	_____
	(Ф.И.О.)	(подпись)
Врач	_____	_____
	(Ф.И.О.)	(подпись)



**Общество с ограниченной ответственностью «Силуэт»  
Медицинский центр «Авис»**

г. Санкт-Петербург, г. Сестрорецк 197701, ул. Всеволода Боброва, д. 39, лит. А, пом 1Н;  
тел. +7 900 642-84-00; e-mail: [avismedcentr@mail.ru](mailto:avismedcentr@mail.ru); сайт: <http://aviscenter.ru>

**Медицинский центр строго руководствуется:**

1. Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011г. (ред. от 24.07.2023г.), ст. 19, 20, 21
2. Законом РФ «О защите прав потребителей», 07.02.1992 г № 2300-1 (ред. от 05.12.2022г.)
3. Постановлением Правительства РФ «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» от 11.05.2023г. №736
4. Приказ Минздрава России от 12.11.2021 N 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"

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
на проведение медицинского вмешательства - ортодонтическое лечение**

г. Сестрорецк \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена, разъяснена и понятна вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными условиями его проведения.

Я \_\_\_\_\_ соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач стоматолог \_\_\_\_\_

В исключительных случаях (например, болезнь врача) Медицинский центр может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

1. Диагноз, допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.
2. Индивидуальный рекомендованный план ортодонтического лечения и подготовки к нему.
3. Допустимость коррекции согласованного выполняемого плана и технологий ортодонтического лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач (особенности роста и развития зубочелюстной системы детей и подростков, изменение общего состояния здоровья, беременность и т.д.).
4. Допустимость увеличения сроков лечения в случае нерегулярного посещения или невыполнения рекомендаций врача.
5. Возможные альтернативные варианты.
6. Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения
7. Возможные осложнения на разных этапах ортодонтического лечения вследствие ряда причин, независящих от врача, а именно: *нарушения эмали зубов* (появление пятен, кариеса, повышение чувствительности зубов); *воспаление десны* (кровоточивость, отечность) – вследствие плохой гигиены полости рта, снижения иммунитета или изменения гормонального фона; *избыточное перемещение, излишняя подвижность зубов, усиление зубоальвеолярных деформаций* вследствие несвоевременной явки к врачу, отказа от рекомендованного плана лечения или заболеваний пародонта; *невозможность перемещения зуба* – вследствие горизонтального расположения зуба в кости или сращения корня зуба с окружающей тканью; *усиление опускания десны* – вследствие начальных признаков этого процесса до начала лечения; *рассасывание верхушек корней* – вследствие гормональных нарушений, неконтролируемого использования ортодонтического аппарата; *нарушение речевой функции* – временно, на период ортодонтического лечения; *поломка аппарата и попадание его частей в дыхательные пути или желудочно-кишечный тракт* – вследствие нарушений

рекомендаций врача, режима использования аппарата (жевание грубой пищи, раскусывание орехов, ношение съемного аппарата в бассейне и др.); *частичная или полная потеря достигнутого результата* – вследствие несоблюдения требований к закрепляющему периоду лечения, невыполнения рекомендаций врача (например, удалить зачатки зубов «мудрости»), несвоевременного обращения к врачу при поломке аппарата;

8. Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о гарантиях.
9. Мне названы и со мной согласованы технологии (методы), которые будут использованы в процессе лечения, сроки проведения лечения.
10. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованного плана лечения.
11. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования, такие как ортопантограмма, прицельный снимок, компьютерную томографию челюстно-лицевой области, консультация стоматолога(ов) другого профиля, врача(ей) общего медицинского профиля.
12. Я осознаю, что невозможно предсказать течение реабилитационного периода и длительность лечения. Мне разъяснено, сто при неблагоприятном течении воспалительного процесса возможно лечение в стационаре.
13. Мною были заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.
14. Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющуюся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

**Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.**

Пациент	_____	_____
	(Ф.И.О.)	(подпись)
Врач	_____	_____
	(Ф.И.О.)	(подпись)



**Общество с ограниченной ответственностью «Силуэт»  
Медицинский центр «Авис»**

Ленинградская область, Всеволожский муниципальный район, 188662,  
г. Мурино, Воронцовский бульвар, дом 18, помещение 22Н,  
Тел. +7 996-779-31-38, e-mail: [avismyrino@mail.ru](mailto:avismyrino@mail.ru), сайт: <http://aviscenter.ru>

**Медицинский центр строго руководствуется:**

1. Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011г. (ред. от 24.07.2023г.), ст. 19, 20, 21
2. Законом РФ «О защите прав потребителей», 07.02.1992 г № 2300-1 (ред. от 05.12.2022г.)
3. Постановлением Правительства РФ «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» от 11.05.2023г. №736
4. Приказ Минздрава России от 12.11.2021 N 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"

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
на проведение медицинского вмешательства - ортодонтическое лечение**

г. Мурино

\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена, разъяснена и понятна вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными условиями его проведения.

Я \_\_\_\_\_ соглашаюсь с тем, что лечение моего ребенка \_\_\_\_\_ будет проводить врач стоматолог \_\_\_\_\_

В исключительных случаях (например, болезнь врача) Медицинский центр может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

1. Диагноз, допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.
2. Индивидуальный рекомендованный план ортодонтического лечения и подготовки к нему.
3. Допустимость коррекции согласованного выполняемого плана и технологий ортодонтического лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач (особенности роста и развития зубочелюстной системы детей и подростков, изменение общего состояния здоровья, беременность и т.д.).
4. Допустимость увеличения сроков лечения в случае нерегулярного посещения или невыполнения рекомендаций врача.
5. Возможные альтернативные варианты.
6. Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения
7. Возможные осложнения на разных этапах ортодонтического лечения вследствие ряда причин, независимых от врача, а именно: *нарушения эмали зубов* (появление пятен, кариеса, повышение чувствительности зубов); *воспаление десны* (кровоточивость, отечность) – вследствие плохой гигиены полости рта, снижения иммунитета или изменения гормонального фона; *избыточное перемещение, излишняя подвижность зубов, усиление зубоальвеолярных деформаций* вследствие несвоевременной явки к врачу, отказа от рекомендованного плана лечения или заболеваний пародонта; *невозможность перемещения зуба* – вследствие горизонтального расположения зуба в кости или сращения корня зуба с окружающей тканью; *усиление опускания десны* – вследствие начальных признаков этого процесса до начала лечения; *рассасывание верхушек корней* – вследствие гормональных нарушений, неконтролируемого

использования ортодонтического аппарата; *нарушение речевой функции* – временно, на период ортодонтического лечения; *поломка аппарата и попадание его частей в дыхательные пути или желудочно-кишечный тракт* – вследствие нарушений рекомендаций врача, режима использования аппарата (жевание грубой пищи, раскусывание орехов, ношение съемного аппарата в бассейне и др.); *частичная или полная потеря достигнутого результата* – вследствие несоблюдения требований к закрепляющему периоду лечения, невыполнения рекомендаций врача (например, удалить зачатки зубов «мудрости»), несвоевременного обращения к врачу при поломке аппарата;

8. Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о гарантиях.
9. Мне названы и со мной согласованы технологии (методы), которые будут использованы в процессе лечения, сроки проведения лечения.
10. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованного плана лечения.
11. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования, такие как ортопантограмма, прицельный снимок, компьютерную томографию челюстно-лицевой области, консультация стоматолога(ов) другого профиля, врача(ей) общего медицинского профиля.
12. Я осознаю, что невозможно предсказать течение реабилитационного периода и длительность лечения. Мне разъяснено, что при неблагоприятном течении воспалительного процесса возможно лечение в стационаре.
13. Мною были заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.
14. Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющуюся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

**Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.**

Пациент (законный представитель) \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.) \_\_\_\_\_ (подпись)

Врач \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.) \_\_\_\_\_ (подпись)





Общество с ограниченной ответственностью «Силуэт»  
Медицинский центр «Авис»

г. Санкт-Петербург, г. Сестрорецк 197701, ул. Всеволода Боброва, д. 39, лит. А, пом 1Н;  
тел. +7 900 642-84-00; e-mail: [avismedcentr@mail.ru](mailto:avismedcentr@mail.ru); сайт: <http://aviscenter.ru>

**Медицинский центр строго руководствуется:**

1. Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011г. (ред. от 24.07.2023г.), ст. 19, 20, 21
2. Законом РФ «О защите прав потребителей», 07.02.1992 г № 2300-1 (ред. от 05.12.2022г.)
3. Постановлением Правительства РФ «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» от 11.05.2023г. №736
4. Приказ Минздрава России от 12.11.2021 N 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"

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**  
**на проведение медицинского вмешательства - ортодонтическое лечение**

г. Сестрорецк \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена, разъяснена и понятна вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными условиями его проведения.

Я \_\_\_\_\_ соглашаюсь с тем, что лечение моего ребенка \_\_\_\_\_ будет проводить врач стоматолог \_\_\_\_\_

В исключительных случаях (например, болезнь врача) Медицинский центр может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

1. Диагноз, допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.
2. Индивидуальный рекомендованный план ортодонтического лечения и подготовки к нему.
3. Допустимость коррекции согласованного выполняемого плана и технологий ортодонтического лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач (особенности роста и развития зубочелюстной системы детей и подростков, изменение общего состояния здоровья, беременность и т.д.).
4. Допустимость увеличения сроков лечения в случае нерегулярного посещения или невыполнения рекомендаций врача.
5. Возможные альтернативные варианты.
6. Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения
7. Возможные осложнения на разных этапах ортодонтического лечения вследствие ряда причин, независимых от врача, а именно: *нарушения эмали зубов* (появление пятен, кариеса, повышение чувствительности зубов); *воспаление десны* (кровоточивость, отечность) – вследствие плохой гигиены полости рта, снижения иммунитета или изменения гормонального фона; *избыточное перемещение, излишняя подвижность зубов, усиление зубоальвеолярных деформаций* вследствие несвоевременной явки к врачу, отказа от рекомендованного плана лечения или заболеваний пародонта; *невозможность перемещения зуба* – вследствие горизонтального расположения зуба в кости или сращения корня зуба с окружающей тканью; *усиление опускания десны* – вследствие начальных признаков этого процесса до начала лечения; *рассасывание верхушек корней* – вследствие гормональных нарушений, неконтролируемого использования ортодонтического аппарата; *нарушение речевой функции* – временно, на период ортодонтического лечения; *поломка аппарата и попадание его частей в*

*дыхательные пути или желудочно-кишечный тракт* – вследствие нарушений рекомендаций врача, режима использования аппарата (жевание грубой пищи, раскусывание орехов, ношение съемного аппарата в бассейне и др.); *частичная или полная потеря достигнутого результата* – вследствие несоблюдения требований к закрепляющему периоду лечения, невыполнения рекомендаций врача (например, удалить зачатки зубов «мудрости»), несвоевременного обращения к врачу при поломке аппарата;

8. Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о гарантиях.
9. Мне названы и со мной согласованы технологии (методы), которые будут использованы в процессе лечения, сроки проведения лечения.
10. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованного плана лечения.
11. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования, такие как ортопантограмма, прицельный снимок, компьютерную томографию челюстно-лицевой области, консультация стоматолога(ов) другого профиля, врача(ей) общего медицинского профиля.
12. Я осознаю, что невозможно предсказать течение реабилитационного периода и длительность лечения. Мне разъяснено, сто при неблагоприятном течении воспалительного процесса возможно лечение в стационаре.
13. Мною были заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы , разъяснения.
14. Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющуюся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

**Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.**

Пациент (законный представитель) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_ (подпись)

Врач \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_ (подпись)



## Общество с ограниченной ответственностью «Силуэт»

### Медицинский центр «Авис»

Ленинградская область, Всеволожский муниципальный район, 188662,  
г. Мурино, Воронцовский бульвар, дом 18, помещение 22Н,  
Тел. +7 996-779-31-38, e-mail: [avismyrino@mail.ru](mailto:avismyrino@mail.ru), сайт: <http://aviscenter.ru>

#### Медицинский центр строго руководствуется:

1. Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011г. (ред. от 24.07.2023г.), ст. 19, 20, 21
2. Законом РФ «О защите прав потребителей», 07.02.1992 г № 2300-1 (ред. от 05.12.2022г.)
3. Постановлением Правительства РФ «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» от 11.05.2023г. №736
4. Приказ Минздрава России от 12.11.2021 N 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".

### ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

#### на проведение медицинского вмешательства

г. Мурино

\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена, разъяснена и понятна вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными условиями его проведения.

Я \_\_\_\_\_ соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить гигиенист – стоматологический / врач стоматолог \_\_\_\_\_

В исключительных случаях (например, болезнь врача) Медицинский центр может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

#### 1. При профессиональной гигиене (ПГ) полости рта

- 1.1. Необходимость и частота проведения ПГ полости рта в соответствии с индивидуальным планом профилактических мероприятий, рекомендованных мне лечащим врачом.
- 1.2. Допустимость коррекции плана и технологий в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе лечения по рекомендованному плану профилактических мероприятий
- 1.3. Возможные альтернативные варианты (в т.ч. отказ от проведения ПГ).
- 1.4. Возможность, в результате проведения ПГ, осветления зубов только до натурального цвета, т.к. эта процедура не относится к отбеливающим технологиям.
- 1.5. Возможные негативные последствия частичного или полного отказа от проведения ПГ, а именно: прогрессирование заболеваний пародонта и кариеса, увеличение количества зубных отложений и пигментированного налета.
- 1.6. Возможные осложнения на этапах и после лечения, а именно: дискомфорт; боль; отек (припухлость) десны и мягких тканей; кровотечение, образование гематомы, после чего для выздоровления может потребоваться несколько дней; выпадение дефектных пломб; натяжение уголков рта с образованием трещин; повышенная чувствительность зубов; болезненные ощущения на деснах; появление или усиление подвижности зубов; обнажение корня зубов.
- 1.7. Мне сообщена, разъяснена информация о гарантиях, а именно: невозможность обозначения срока гарантии по причине специфики данной процедуры и индивидуальных особенностей организма (скорость образования мягких и минерализованных зубных отложений, состав микрофлоры полости рта, вредные привычки)

#### 2. При лечении кариеса

- 2.1. Диагноз, допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.
- 2.2. Индивидуальный рекомендуемый план лечения.
- 2.3. Допустимость коррекции составленного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач, а именно: кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали, в действительности может оказаться больше, а следовательно увеличится площадь обработки зуба (снятие пораженных тканей), а также объем его восстановления, что может привести к необходимости восстановления значительной части зуба или постановке коронки.
- 2.4. Возможные альтернативные варианты, а именно: удаление пораженного зуба (пораженных зубов), непроведение лечения.

- 2.5. Возможные негативные последствия частичного или полного отказа рот рекомендованного плана лечения, а именно: прогрессирование кариеса, развитие его осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, потеря зуба (зубов), нарушение общего состояния организма.
- 2.6. Возможные осложнения в процессе и после лечения, а именно боль при накусывании, отек, боль от термических раздражителей, ночная боль области пролеченного и соседних зубов. Травма десны и мягких тканей при применении коффердама (изоляция); дискомфорт, ощущение «лишнего» материала, которое может быть откорректирована врачом стоматологом в следующий прием.
- 2.7. Возможные осложнения под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции.
- 2.8. Возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного иммунологического баланса, нарушение состава кишечной микрофлоры. Возможные осложнения после постановки пломбы (спустя неделю и более), а именно: воспаление пульпы вследствие проникновения бактерий кариозного поражения, если слой дентина тонкий (глубокий кариес) или повреждения в процессе обработки зуба; в этом случае может потребоваться – снять поставленную пломбу, пролечить каналы, поставить новую пломбу.

### **3. При эндодонтическом лечении**

- 3.1. Диагноз, допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.
- 3.2. Индивидуальный рекомендуемый план лечения.
- 3.3. Допустимость коррекции составленного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.
- 3.4. Возможные альтернативные варианты, а именно: удаление пораженного зуба (пораженных зубов), непроведение лечения.
- 3.5. Возможные негативные последствия частичного или полного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, образование кисты, потеря зуба, нарушение общего состояния организма.
- 3.6. Возможные осложнения под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции.
- 3.7. Возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного иммунологического баланса, нарушение состава кишечной микрофлоры.
- 3.8. Возможные осложнения в процессе и после лечения, а именно: определенный процент (5-10) неэффективного эндодонтического лечения по причине его специфики, а также индивидуальных особенностей корневых каналов у конкретного пациента и состояния 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) в корневом канале и невозможность его извлечения; сильная кальцификация корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфорация, поломка инструмента); болезненность при накусывании на зуб(ы), сохраняющаяся до 1 месяца.
- 3.9. При перелечивании ранее запломбированных каналов зуба(ов) успех лечения значительно снижается, что связано: с невозможностью( в некоторых случаях) удалить из корневого канала старый пломбировочный материал или штифт, а также необходимость расширения корневого канала, что может привести к перелому корня зуба.
- 3.10. Возможные осложнения при перелечивании зуба, покрытого коронкой, или являющегося опорой для зубного протеза (съёмного или несъёмного), а именно: необходимость снятия несъёмного зубного протеза, перелом зуба, что может привести к его удалению.
- 3.11. После лечения и перелечивания корневых каналов необходимо восстановление части зуба, т.е. постановка пломбы или коронки (по ситуации).

### **4. Общие положения**

- 4.1. Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о гарантиях.
- 4.2. Мне названы и со мной согласованы технологии (методы), которые будут использованы в процессе лечения, сроки проведения лечения.
- 4.3. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованного плана лечения.
- 4.4. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования, такие как ортопантограмма, прицельный снимок, компьютерную томографию челюстно-лицевой области, консультация стоматолога(ов) другого профиля, врача(ей) общего медицинского профиля.
- 4.5. Мною были заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.
- 4.6. Я осознаю, что невозможно предсказать течение реабилитационного периода и длительность лечения. Мне разъяснено, что при неблагоприятном течении воспалительного процесса возможно лечение в стационаре.
- 4.7. Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющуюся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.
- 4.8. Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Пациент \_\_\_\_\_

Врач

(Ф.И.О.)

(подпись)

(Ф.И.О.)

(подпись)





**Общество с ограниченной ответственностью «Силуэт»  
Медицинский центр «Авис»**

г. Санкт-Петербург, г. Сестрорецк 197701, ул. Всеволода Боброва, д. 39, лит. А, пом 1Н;  
тел. +7 900 642-84-00; e-mail: [avismedcentr@mail.ru](mailto:avismedcentr@mail.ru); сайт: <http://aviscenter.ru>

**Медицинский центр строго руководствуется:**

1. Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011г. (ред. от 24.07.2023г.), ст. 19, 20, 21
2. Законом РФ «О защите прав потребителей», 07.02.1992 г № 2300-1 (ред. от 05.12.2022г.)
3. Постановлением Правительства РФ «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» от 11.05.2023г. №736
4. Приказ Минздрава России от 12.11.2021 N 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".

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
на проведение медицинского вмешательства**

г. Сестрорецк \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

**Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.**

**Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена, разъяснена и понятна вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными условиями его проведения.**

**Я \_\_\_\_\_ соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить гигиенист – стоматологический / врач стоматолог \_\_\_\_\_**

**В исключительных случаях (например, болезнь врача) Медицинский центр может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.**

**1. При профессиональной гигиене (ПГ) полости рта**

- 1.1. Необходимость и частота проведения ПГ полости рта в соответствии с индивидуальным планом профилактических мероприятий, рекомендованных мне лечащим врачом.
- 1.2. Допустимость коррекции плана и технологий в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе лечения по рекомендованному плану профилактических мероприятий
- 1.3. Возможные альтернативные варианты (в т.ч. отказ от проведения ПГ).
- 1.4. Возможность, в результате проведения ПГ, осветления зубов только до натурального цвета, т.к. эта процедура не относится к отбеливающим технологиям.
- 1.5. Возможные негативные последствия частичного или полного отказа от проведения ПГ, а именно: прогрессирование заболеваний пародонта и кариеса, увеличение количества зубных отложений и пигментированного налета.
- 1.6. Возможные осложнения на этапах и после лечения, а именно: дискомфорт; боль; отек (припухлость) десны и мягких тканей; кровотечение, образование гематомы, после чего для выздоровления может потребоваться несколько дней; выпадение дефектных пломб; натяжение уголков рта с образованием трещин; повышенная чувствительность зубов; болезненные ощущения на деснах; появление или усиление подвижности зубов; обнажение корня зубов.
- 1.7. Мне сообщена, разъяснена информация о гарантиях, а именно: невозможность обозначения срока гарантии по причине специфики данной процедуры и индивидуальных особенностей организма (скорость образования мягких и минерализованных зубных отложений, состав микрофлоры полости рта, вредные привычки)

**2. При лечении кариеса**

- 2.1. Диагноз, допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.
- 2.2. Индивидуальный рекомендуемый план лечения.
- 2.3. Допустимость коррекции составленного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач, а именно: кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали, в действительности может оказаться больше, а следовательно увеличится площадь обработки зуба (снятие пораженных тканей), а также объем его восстановления, что может привести к необходимости восстановления значительной части зуба или постановке коронки.
- 2.4. Возможные альтернативные варианты, а именно: удаление пораженного зуба (пораженных зубов), непроведение лечения.
- 2.5. Возможные негативные последствия частичного или полного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно: прогрессирование кариеса, развитие его осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, потеря зуба (зубов), нарушение общего состояния организма.

- 2.6. Возможные осложнения в процессе и после лечения, а именно боль при накусывании, отек, боль от термических раздражителей, ночная боль области пролеченного и соседних зубов. Травма десны и мягких тканей при применении коффердама (изоляция); дискомфорт, ощущение «лишнего» материала, которое может быть откорректировано врачом стоматологом в следующий прием.
- 2.7. Возможные осложнения под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции.
- 2.8. Возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного иммунологического баланса, нарушение состава кишечной микрофлоры. Возможные осложнения после постановки пломбы (спустя неделю и более), а именно: воспаление пульпы вследствие проникновения бактерий кариозного поражения, если слой дентина тонкий (глубокий кариес) или повреждения в процессе обработки зуба; в этом случае может потребоваться – снять поставленную пломбу, пролечить каналы, поставить новую пломбу.

### **3. При эндодонтическом лечении**

- 3.1. Диагноз, допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.
- 3.2. Индивидуальный рекомендуемый план лечения.
- 3.3. Допустимость коррекции составленного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.
- 3.4. Возможные альтернативные варианты, а именно: удаление пораженного зуба (пораженных зубов), непроведение лечения.
- 3.5. Возможные негативные последствия частичного или полного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, образование кисты, потеря зуба, нарушение общего состояния организма.
- 3.6. Возможные осложнения под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции.
- 3.7. Возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного иммунологического баланса, нарушение состава кишечной микрофлоры.
- 3.8. Возможные осложнения в процессе и после лечения, а именно: определенный процент (5-10) неэффективного эндодонтического лечения по причине его специфики, а также индивидуальных особенностей корневых каналов у конкретного пациента и состояния 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) в корневом канале и невозможность его извлечения; сильная кальцификация корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфорация, поломка инструмента); болезненность при накусывании на зуб(ы), сохраняющаяся до 1 месяца.
- 3.9. При перелечивании ранее запломбированных каналов зуба(ов) успех лечения значительно снижается, что связано: с невозможностью( в некоторых случаях) удалить из корневого канала старый пломбировочный материал или штифт, а также необходимость расширения корневого канала, что может привести к перелому корня зуба.
- 3.10. Возможные осложнения при перелечивании зуба, покрытого коронкой, или являющегося опорой для зубного протеза (съёмного или несъёмного), а именно: необходимость снятия несъёмного зубного протеза, перелом зуба, что может привести к его удалению.
- 3.11. После лечения и перелечивания корневых каналов необходимо восстановление части зуба, т.е. постановка пломбы или коронки (по ситуации).

### **4. Общие положения**

- 4.1. Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о гарантиях.
- 4.2. Мне названы и со мной согласованы технологии (методы), которые будут использованы в процессе лечения, сроки проведения лечения.
- 4.3. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованного плана лечения.
- 4.4. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования, такие как ортопантограмма, прицельный снимок, компьютерную томографию челюстно-лицевой области, консультация стоматолога(ов) другого профиля, врача(ей) общего медицинского профиля.
- 4.5. Мною были заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.
- 4.6. Я осознаю, что невозможно предсказать течение реабилитационного периода и длительность лечения. Мне разъяснено, сто при неблагоприятном течении воспалительного процесса возможно лечение в стационаре.
- 4.7. Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющуюся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.
- 4.8. Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Пациент \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_ (подпись)

Врач \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_ (подпись)



**Общество с ограниченной ответственностью «Силуэт»  
Медицинский центр «Авис»**

Ленинградская область, Всеволожский муниципальный район, 188662,  
г. Мурино, Воронцовский бульвар, дом 18, помещение 22Н,  
Тел. +7 996-779-31-38, e-mail: [avismyrino@mail.ru](mailto:avismyrino@mail.ru), сайт: <http://aviscenter.ru>

**Медицинский центр строго руководствуется:**

1. Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011г. (ред. от 24.07.2023г.), ст. 19, 20, 21
2. Законом РФ «О защите прав потребителей», 07.02.1992 г № 2300-1 (ред. от 05.12.2022г.)
3. Постановлением Правительства РФ «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» от 11.05.2023г. №736
4. Приказ Минздрава России от 12.11.2021 N 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".

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
на проведение медицинского вмешательства**

г. Мурино  
20 \_\_\_\_\_

Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена, разъяснена и понятна вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными условиями его проведения.

Я \_\_\_\_\_ соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач стоматолог \_\_\_\_\_

В исключительных случаях (например, болезнь врача) Медицинский центр может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

**1. При хирургическом лечении. При имплантации. При парадонтологическом лечении.**

- 1.1. Диагноз, допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.
- 1.2. Индивидуальный рекомендуемый план лечения.
- 1.3. Допустимость коррекции составленного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.
- 1.4. Возможные альтернативные варианты лечения.
- 1.5. Возможные негативные последствия отказа от рекомендованного плана лечения или частичного его выполнения, а именно:
  - 1.5.1. При удалении зуба(ов): прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба; нарушения общего состояния организма.
  - 1.5.2. При имплантации: воспаление костной ткани; атрофия костной ткани; воспаление десны; подвижность зубов, что может привести к необходимости их удаления; патология височно-нижнечелюстного сустава; головные боли; иррадирующие боли в шею сзади и в мышцы лица; утомляемость жевательных мышц;
  - 1.5.3. При парадонтологическом лечении: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба (зубов); системные проявления заболевания
- 1.6. Возможные осложнения на этапах и после лечения, а именно:
  - 1.6.1. Под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции;

- 1.6.2 Последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случаях их назначения), а именно: аллергические реакции; изменения витаминного и иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры;
- 1.6.3 В процессе лечения – дискомфорт, боль, отек (припухлость) десны и мягких тканей; кровотечение, после чего для выздоровления может потребоваться несколько дней; образование гематомы; повреждение соседних зубов и пломб; появление или усиление подвижности зуба (зубов); увеличение атрофии альвеолярного отростка челюсти; обнажение корня зуба; натяжение уголков рта, с последующим появлением трещин; повреждение нерва, приводящее к онемению или подергиванию губы, онемению подбородка, десен, зубов, языка в оперированном участке (это может продлиться несколько месяцев или остаться постоянным); инфекция или изменения цвета слизистой оболочки полости рта и десны; воспаление вен, перелом челюсти; открытие гайморовой пазухи, что потребует проведения дополнительной операции; вывих или подвывих нижней челюсти;;
- 1.6.4 После лечения – воспаление, требующее дополнительного лечения; ограничение открывания рта в течение нескольких дней или недель; оставление небольшого кусочка корня зуба в челюсти, чтобы не проводить обширную операцию;
- 1.6.5. После проведения хирургического этапа имплантации (вживления имплантата и заживления десны) последует ортопедический этап (т.е. установка коронки или протеза – по ситуации и в соответствии с дополнительным планом), который в моих интересах желательно осуществлять в данной клинике.

## 2. Общие положения.

- 2.1. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.
- 2.1.1. При проведении имплантации гарантии на приживание имплантата не даются, невозможно предсказать успешность его приживания по причине медицинской специфики данной операции, особенностей десен и костной ткани пациента и реакций организма. В случае отторжения имплантата, что потребует его удаления до начала протезирования, фирма возвращает 50% от суммы за установление имплантата.
- 2.1.2. Сложность предсказания конкретного результата планируемого лечения или обозначения сроков гарантий по причине медицинской специфики пародонтологического лечения и индивидуальных особенностей организма каждого пациента.
- 2.2. Мне названы и со мной согласованы технологии (методы), которые будут использованы в процессе лечения, сроки проведения лечения.
- 2.3. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованного плана лечения.
- 2.4. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования, такие как ортопантограмма, прицельный снимок, компьютерную томографию челюстно-лицевой области, консультация стоматолога(ов) другого профиля, врача(ей) общего медицинского профиля.
- 2.5. Мною были заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.
- 2.6. Я осознаю, что невозможно предсказать течение реабилитационного периода и длительность лечения. Мне разъяснено, сто при неблагоприятном течении воспалительного процесса возможно лечение в стационаре.
- 2.7. Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющуюся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.
- 2.8. Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Пациент \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_ (подпись)

Врач \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_ (подпись)







Общество с ограниченной ответственностью «Силуэт»  
Медицинский центр «Авис»  
г. Санкт-Петербург, г. Сестрорецк 197701, ул. Всеволода Боброва, д. 39, лит. А, пом 1Н;  
тел. +7 900 642-84-00; e-mail: [avismedcentr@mail.ru](mailto:avismedcentr@mail.ru); сайт: <http://aviscenter.ru>

### Медицинский центр строго руководствуется:

1. Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011г. (ред. от 24.07.2023г.), ст. 19, 20, 21
2. Законом РФ «О защите прав потребителей», 07.02.1992 г № 2300-1 (ред. от 05.12.2022г.)
3. Постановлением Правительства РФ «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» от 11.05.2023г. №736
4. Приказ Минздрава России от 12.11.2021 N 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".

### ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на проведение медицинского вмешательства

г. Сестрорецк \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена, разъяснена и понятна вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными условиями его проведения.

Я \_\_\_\_\_ соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач стоматолог \_\_\_\_\_

В исключительных случаях (например, болезнь врача) Медицинский центр может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

#### **1. При хирургическом лечении. При имплантации. При парадонтологическом лечении.**

- 1.1. Диагноз, допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.
- 1.2. Индивидуальный рекомендуемый план лечения.
- 1.3. Допустимость коррекции составленного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.
- 1.4. Возможные альтернативные варианты лечения.
- 1.5. Возможные негативные последствия отказа от рекомендованного плана лечения или частичного его выполнения, а именно:
  - 1.5.1. При удалении зуба(ов): прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба; нарушения общего состояния организма.
  - 1.5.2. При имплантации: воспаление костной ткани; атрофия костной ткани; воспаление десны; подвижность зубов, что может привести к необходимости их удаления; патология височно-нижнечелюстного сустава; головные боли; иррадирующие боли в шею сзади и в мышцы лица; утомляемость жевательных мышц;
  - 1.5.3. При парадонтологическом лечении: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба (зубов); системные проявления заболевания
- 1.6. Возможные осложнения на этапах и после лечения, а именно:
  - 1.6.1. Под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции;
  - 1.6.2. Последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случаях их назначения), а именно: аллергические реакции; изменения витаминного и иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры;

- 1.6.3 В процессе лечения – дискомфорт, боль, отек (припухлость) десны и мягких тканей; кровотечение, после чего для выздоровления может потребоваться несколько дней; образование гематомы; повреждение соседних зубов и пломб; появление или усиление подвижности зуба (зубов); увеличение атрофии альвеолярного отростка челюсти; обнажение корня зуба; натяжение уголков рта, с последующим появлением трещин; повреждение нерва, приводящее к онемению или подергиванию губы, онемению подбородка, десен, зубов, языка в оперированном участке (это может продлиться несколько месяцев или остаться постоянным); инфекция или изменения цвета слизистой оболочки полости рта и десны; воспаление вен, перелом челюсти; открытие гайморовой пазухи, что потребует проведения дополнительной операции; вывих или подвывих нижней челюсти;;
- 1.6.4 После лечения – воспаление, требующее дополнительного лечения; ограничение открывания рта в течение нескольких дней или недель; оставление небольшого кусочка корня зуба в челюсти, чтобы не проводить обширную операцию;
- 1.6.5. После проведения хирургического этапа имплантации (вживления имплантата и заживления десны) последует ортопедический этап (т.е. установка коронки или протеза – по ситуации и в соответствии с дополнительным планом), который в моих интересах желательно осуществлять в данной клинике.

## 2. Общие положения.

- 2.1. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.
- 2.1.1. При проведении имплантации гарантии на приживление имплантата не даются, невозможно предсказать успешность его приживления по причине медицинской специфики данной операции, особенностей десен и костной ткани пациента и реакций организма. В случае отторжения имплантата, что потребует его удаления до начала протезирования, фирма возвращает 50% от суммы за установление имплантата.
- 2.1.2. Сложность предсказания конкретного результата планируемого лечения или обозначения сроков гарантий по причине медицинской специфики пародонтологического лечения и индивидуальных особенностей организма каждого пациента.
- 2.2. Мне названы и со мной согласованы технологии (методы), которые будут использованы в процессе лечения, сроки проведения лечения.
- 2.3. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованного плана лечения.
- 2.4. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования, такие как ортопантограмма, прицельный снимок, компьютерную томографию челюстно-лицевой области, консультация стоматолога(ов) другого профиля, врача(ей) общего медицинского профиля.
- 2.5. Мною были заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.
- 2.6. Я осознаю, что невозможно предсказать течение реабилитационного периода и длительность лечения. Мне разъяснено, сто при неблагоприятном течении воспалительного процесса возможно лечение в стационаре.
- 2.7. Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющуюся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.
- 2.8. Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Пациент	_____	_____
	(Ф.И.О.)	(подпись)
Врач	_____	_____
	(Ф.И.О.)	(подпись)

## Медицинский центр строго руководствуется:

1. Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011г. (ред. от 24.07.2023г.), ст. 19, 20, 21

2. Законом РФ «О защите прав потребителей», 07.02.1992 г № 2300-1 (ред. от 05.12.2022г.)

3. Постановлением Правительства РФ «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» от 11.05.2023г. №736

4. Приказ Минздрава России от 12.11.2021 N 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"

**Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.**

### Информированное добровольное согласие на проведение

### медицинского рентгенологического обследования

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

1. Я \_\_\_\_\_ соглашаюсь с тем, что рентгенологическое обследование зубочелюстной системы в рентгенодиагностическом кабинете будет проводить (*ненужное вычеркнуть*) врач-рентгенолог или рентгенолаборант \_\_\_\_\_
2. **Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна следующая информация о сути данного обследования:**
  - 2.1. Назначение пациенту обязательного и дополнительного медицинского рентгенологического обследования зубочелюстной системы осуществляет врач-стоматолог по клиническим показаниям.
  - 2.2. Для проведения качественного лечения различных заболеваний и повреждений зубочелюстной системы необходимо выполнение плана рентгенологического обследования:
    - обязательное выполнение **компьютерной томограммы (КТ)** до проведения стоматологического лечения. На основании КТ стоматолог оценивает общее состояние зубочелюстной системы пациента, а также состояние височно-нижнечелюстных суставов и верхнечелюстных пазух;
    - по клиническим показаниям в процессе стоматологического лечения дополнительно, по необходимости (по назначению стоматолога), выполняются **прицельные рентгенограммы зубов и периапикальных тканей**
  - 2.3. Право на принятие решения о проведении рентгенологического обследования имеет пациент или его законный представитель. Пациент может отказаться от рентгенологического обследования.
  - 2.4. При отказе от проведения необходимых рентгенологических обследований (особенно, КТ), врач-стоматолог не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения.
  - 2.5. При получении рентгеновских снимков неудовлетворительного качества необходимо повторное выполнение рентгеновского снимка (в случаях: движения пациента во время процедуры, большая мышечная масса и плотность тканей лица, не сработал должным образом аппарат и т.д.).
  - 2.6. Противопоказаниями для рентгенологического обследования являются:
    - беременность на протяжении всего срока (при этом рентгенологические обследования выполняются только по жизненным показаниям);
    - отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение пациенту курса лучевой терапии по поводу сопутствующих заболеваний - менее чем за шесть месяцев до настоящего времени);
    - выполнение других рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой; работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений).
  - 2.7. Назначение рентгенологических исследований детям до 14 лет осуществляется только по строгим клиническим показаниям, с согласия и в присутствии родителей.
3. **Я обязуюсь известить лечащего врача, а также врача-рентгенолога или рентгенолаборанта о наличии вышеперечисленных противопоказаний (пп. 2.6. и 2.7.) до проведения рентгенологического обследования.**
4. **Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о гарантиях рентгенологического обследования:**
  - 4.1. Рентгенодиагностика осуществляется с применением исправной, сертифицированной аппаратуры (дентальный рентгеновский аппарат, радиовизиограф), которая дает минимальную, практически безопасную дозу облучения и снижает до минимума риск возможных последствий.
  - 4.2. Будут получены качественные рентгеновские снимки.
  - 4.3. Персонал будет соблюдать контроль и меры радиационной безопасности с предоставлением мне индивидуальных средств защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологических обследований (Лист вклеивается в медицинскую карту).
  - 4.4. В обязательном порядке мне будет сообщена информация о полученной дозе облучения и мерах, которые необходимо соблюдать, чтобы исключить отрицательные последствия во время и после рентгенологического обследования.
5. **Мне были объяснены возможные исходы и альтернативы предложенного рентгенологического обследования.**

**Мною были заданы персоналу все интересующие меня вопросы о сути и условиях обследования и получены исчерпывающие ответы, разъяснения.**

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

**Я принимаю решение осуществить рентгенологическое обследование на предложенных мне условиях.**

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

## Медицинский центр строго руководствуется:

1. Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011г. (ред. от 24.07.2023г.), ст. 19, 20, 21

2. Законом РФ «О защите прав потребителей», 07.02.1992 г № 2300-1 (ред. от 05.12.2022г.)

3. Постановлением Правительства РФ «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» от 11.05.2023г. №736

4. Приказ Минздрава России от 12.11.2021 N 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"

**Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.**

### Информированное добровольное согласие на проведение

### медицинского рентгенологического обследования

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

1. Я \_\_\_\_\_ соглашаюсь с тем, что рентгенологическое обследование зубочелюстной системы в рентгенодиагностическом кабинете будет проводить (*ненужное вычеркнуть*) врач-рентгенолог или рентгенолаборант \_\_\_\_\_
2. **Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна следующая информация о сути данного обследования:**
  - 2.1. Назначение пациенту обязательного и дополнительного медицинского рентгенологического обследования зубочелюстной системы осуществляет врач-стоматолог по клиническим показаниям.
  - 2.2. Для проведения качественного лечения различных заболеваний и повреждений зубочелюстной системы необходимо выполнение плана рентгенологического обследования:
    - обязательное выполнение **компьютерной томограммы (КТ)** до проведения стоматологического лечения. На основании КТ стоматолог оценивает общее состояние зубочелюстной системы пациента, а также состояние височно-нижнечелюстных суставов и верхнечелюстных пазух;
    - по клиническим показаниям в процессе стоматологического лечения дополнительно, по необходимости (по назначению стоматолога), выполняются **прицельные рентгенограммы зубов и периапикальных тканей**
  - 2.3. Право на принятие решения о проведении рентгенологического обследования имеет пациент или его законный представитель. Пациент может отказаться от рентгенологического обследования.
  - 2.4. При отказе от проведения необходимых рентгенологических обследований (особенно, КТ), врач-стоматолог не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения.
  - 2.5. При получении рентгеновских снимков неудовлетворительного качества необходимо повторное выполнение рентгеновского снимка (в случаях: движения пациента во время процедуры, большая мышечная масса и плотность тканей лица, не сработал должным образом аппарат и т.д.).
  - 2.6. Противопоказаниями для рентгенологического обследования являются:
    - беременность на протяжении всего срока (при этом рентгенологические обследования выполняются только по жизненным показаниям);
    - отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение пациенту курса лучевой терапии по поводу сопутствующих заболеваний - менее чем за шесть месяцев до настоящего времени);
    - выполнение других рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой; работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений).
  - 2.7. Назначение рентгенологических исследований детям до 14 лет осуществляется только по строгим клиническим показаниям, с согласия и в присутствии родителей.
3. **Я обязуюсь известить лечащего врача, а также врача-рентгенолога или рентгенолаборанта о наличии вышеперечисленных противопоказаний (пп. 2.6. и 2.7.) до проведения рентгенологического обследования.**
4. **Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о гарантиях рентгенологического обследования:**
  - 4.1. Рентгенодиагностика осуществляется с применением исправной, сертифицированной аппаратуры (дентальный рентгеновский аппарат, радиовизиограф), которая дает минимальную, практически безопасную дозу облучения и снижает до минимума риск возможных последствий.
  - 4.2. Будут получены качественные рентгеновские снимки.
  - 4.3. Персонал будет соблюдать контроль и меры радиационной безопасности с предоставлением мне индивидуальных средств защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологических обследований (Лист вклеивается в медицинскую карту).
  - 4.4. В обязательном порядке мне будет сообщена информация о полученной дозе облучения и мерах, которые необходимо соблюдать, чтобы исключить отрицательные последствия во время и после рентгенологического обследования.
5. **Мне были объяснены возможные исходы и альтернативы предложенного рентгенологического обследования.**

**Мною были заданы персоналу все интересующие меня вопросы о сути и условиях обследования и получены исчерпывающие ответы, разъяснения.**

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

**Я принимаю решение осуществить рентгенологическое обследование на предложенных мне условиях.**

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

## Медицинский центр строго руководствуется:

1. Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011г. (ред. от 24.07.2023г.), ст. 19, 20, 21

2. Законом РФ «О защите прав потребителей», 07.02.1992 г № 2300-1 (ред. от 05.12.2022г.)

3. Постановлением Правительства РФ «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» от 11.05.2023г. №736

4. Приказ Минздрава России от 12.11.2021 N 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"

**Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.**

### Информированное добровольное согласие на проведение

### медицинского рентгенологического обследования

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

1. Я \_\_\_\_\_ соглашаюсь с тем, что рентгенологическое обследование зубочелюстной системы в рентгенодиагностическом кабинете моему ребенку \_\_\_\_\_ будет проводить *(ненужное вычеркнуть)* врач-рентгенолог или рентгенолаборант \_\_\_\_\_
2. **Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна следующая информация о сути данного обследования:**
  - 2.1. Назначение пациенту обязательного и дополнительного медицинского рентгенологического обследования зубочелюстной системы осуществляет врач-стоматолог по клиническим показаниям.
  - 2.2. Для проведения качественного лечения различных заболеваний и повреждений зубочелюстной системы необходимо выполнение плана рентгенологического обследования:
    - обязательное выполнение **компьютерной томограммы (КТ)** до проведения стоматологического лечения. На основании КТ стоматолог оценивает общее состояние зубочелюстной системы пациента, а также состояние височно-нижечелюстных суставов и верхнечелюстных пазух;
    - по клиническим показаниям в процессе стоматологического лечения дополнительно, по необходимости (по назначению стоматолога), выполняются **прицельные рентгенограммы зубов и периапикальных тканей**
  - 2.3. Право на принятие решения о проведении рентгенологического обследования имеет пациент или его законный представитель. Пациент может отказаться от рентгенологического обследования.
  - 2.4. При отказе от проведения необходимых рентгенологических обследований (особенно, КТ), врач-стоматолог не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения.
  - 2.5. При получении рентгеновских снимков неудовлетворительного качества необходимо повторное выполнение рентгеновского снимка (в случаях: движения пациента во время процедуры, большая мышечная масса и плотность тканей лица, не сработал должным образом аппарат и т.д.).
  - 2.6. Противопоказаниями для рентгенологического обследования являются:
    - беременность на протяжении всего срока (при этом рентгенологические обследования выполняются только по жизненным показаниям);
    - отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение пациенту курса лучевой терапии по поводу сопутствующих заболеваний - менее чем за шесть месяцев до настоящего времени);
    - выполнение других рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой; работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений).
  - 2.7. Назначение рентгенологических исследований детям до 14 лет осуществляется только по строгим клиническим показаниям, с согласия и в присутствии родителей.
3. **Я обязуюсь известить лечащего врача, а также врача-рентгенолога или рентгенолаборанта о наличии вышеперечисленных противопоказаний (пп. 2.6. и 2.7.) до проведения рентгенологического обследования.**
4. **Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о гарантиях рентгенологического обследования:**
  - 4.1. Рентгенодиагностика осуществляется с применением исправной, сертифицированной аппаратуры (дентальный рентгеновский аппарат, радиовизиограф), которая дает минимальную, практически безопасную дозу облучения и снижает до минимума риск возможных последствий.
  - 4.2. Будут получены качественные рентгеновские снимки.
  - 4.3. Персонал будет соблюдать контроль и меры радиационной безопасности с предоставлением мне индивидуальных средств защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологических обследований (Лист вклеивается в медицинскую карту).
  - 4.4. В обязательном порядке мне будет сообщена информация о полученной дозе облучения и мерах, которые необходимо соблюдать, чтобы исключить отрицательные последствия во время и после рентгенологического обследования.
5. **Мне были объяснены возможные исходы и альтернативы предложенного рентгенологического обследования.**

**Мною были заданы персоналу все интересующие меня вопросы о сути и условиях обследования и получены исчерпывающие ответы, разъяснения.**

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

**Я принимаю решение осуществить рентгенологическое обследование на предложенных мне условиях.**

Подпись пациента(законного представителя) \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_



## Медицинский центр строго руководствуется:

1. Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011г. (ред. от 24.07.2023г.), ст. 19, 20, 21
  2. Законом РФ «О защите прав потребителей», 07.02.1992 г № 2300-1 (ред. от 05.12.2022г.)
  3. Постановлением Правительства РФ «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» от 11.05.2023г. №736
  4. Приказ Минздрава России от 12.11.2021 N 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"
- Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.

### Информированное добровольное согласие на проведение медицинского рентгенологического обследования

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

1. Я \_\_\_\_\_ соглашаюсь с тем, что рентгенологическое обследование зубочелюстной системы в рентгенодиагностическом кабинете моему ребенку \_\_\_\_\_ будет проводить (*ненужное вычеркнуть*) врач-рентгенолог или рентгенолаборант \_\_\_\_\_
2. **Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна следующая информация о сути данного обследования:**
  - 2.1. Назначение пациенту обязательного и дополнительного медицинского рентгенологического обследования зубочелюстной системы осуществляет врач-стоматолог по клиническим показаниям.
  - 2.2. Для проведения качественного лечения различных заболеваний и повреждений зубочелюстной системы необходимо выполнение плана рентгенологического обследования:
    - обязательное выполнение **компьютерной томограммы (КТ)** до проведения стоматологического лечения. На основании КТ стоматолог оценивает общее состояние зубочелюстной системы пациента, а также состояние височно-нижнечелюстных суставов и верхнечелюстных пазух;
    - по клиническим показаниям в процессе стоматологического лечения дополнительно, по необходимости (по назначению стоматолога), выполняются **прицельные рентгенограммы зубов и периапикальных тканей**
  - 2.3. Право на принятие решения о проведении рентгенологического обследования имеет пациент или его законный представитель. Пациент может отказаться от рентгенологического обследования.
  - 2.4. При отказе от проведения необходимых рентгенологических обследований (особенно, КТ), врач-стоматолог не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения.
  - 2.5. При получении рентгеновских снимков неудовлетворительного качества необходимо повторное выполнение рентгеновского снимка (в случаях: движения пациента во время процедуры, большая мышечная масса и плотность тканей лица, не сработал должным образом аппарат и т.д.).
  - 2.6. Противопоказаниями для рентгенологического обследования являются:
    - беременность на протяжении всего срока (при этом рентгенологические обследования выполняются только по жизненным показаниям);
    - отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение пациенту курса лучевой терапии по поводу сопутствующих заболеваний - менее чем за шесть месяцев до настоящего времени);
    - выполнение других рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой; работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений).
  - 2.7. Назначение рентгенологических исследований детям до 14 лет осуществляется только по строгим клиническим показаниям, с согласия и в присутствии родителей.
3. **Я обязуюсь известить лечащего врача, а также врача-рентгенолога или рентгенолаборанта о наличии вышеперечисленных противопоказаний (пп. 2.6. и 2.7.) до проведения рентгенологического обследования.**
4. **Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о гарантиях рентгенологического обследования:**
  - 4.1. Рентгенодиагностика осуществляется с применением исправной, сертифицированной аппаратуры (дентальный рентгеновский аппарат, радиовизиограф), которая дает минимальную, практически безопасную дозу облучения и снижает до минимума риск возможных последствий.
  - 4.2. Будут получены качественные рентгеновские снимки.
  - 4.3. Персонал будет соблюдать контроль и меры радиационной безопасности с предоставлением мне индивидуальных средств защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологических обследований (Лист вклеивается в медицинскую карту).
  - 4.4. В обязательном порядке мне будет сообщена информация о полученной дозе облучения и мерах, которые необходимо соблюдать, чтобы исключить отрицательные последствия во время и после рентгенологического обследования.
5. **Мне были объяснены возможные исходы и альтернативы предложенного рентгенологического обследования.**

**Мною были заданы персоналу все интересующие меня вопросы о сути и условиях обследования и получены исчерпывающие ответы, разъяснения.**

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

**Я принимаю решение осуществить рентгенологическое обследование на предложенных мне условиях.**

Подпись пациента(законного представителя) \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

## Рекомендуемый план лечения

Пациент \_\_\_\_\_

**Врач ознакомил меня с рекомендуемым планом лечения и ответил на все мои вопросы. Я предупрежден(а) врачом о том, что в процессе лечения врач может скорректировать или дополнить рекомендованный мне план лечения в связи с нарушением новых нарушений в полости рта или изменениями состояния моего общего здоровья, сообщив мне об этом.**

Дата		Врач	Номер зуба	
Код услуги	Наименование услуги		количество	Стоимость, руб
Подпись пациента		Подпись врача	Итого	

Дата		Врач	Номер зуба	
Код услуги	Наименование услуги		количество	Стоимость, руб
Подпись пациента		Подпись врача	Итого	



## Рекомендуемый план лечения

Пациент \_\_\_\_\_

**Врач ознакомил меня с рекомендуемым планом лечения и ответил на все мои вопросы. Я предупрежден(а) врачом о том, что в процессе лечения врач может скорректировать или дополнить рекомендованный мне план лечения в связи с нарушением новых нарушений в полости рта или изменениями состояния моего общего здоровья, сообщив мне об этом.**

Дата		Врач	Номер зуба	
Код услуги	Наименование услуги		количество	Стоимость, руб
Подпись пациента		Подпись врача		Итого

Дата		Врач	Номер зуба	
Код услуги	Наименование услуги		количество	Стоимость, руб
Подпись пациента		Подпись врача		Итого



















**Общество с ограниченной ответственностью «Силуэт»  
Медицинский центр «Авис»**

Ленинградская область, Всеволожский муниципальный район, 188662,  
г. Мурино, Воронцовский бульвар, дом 18, помещение 22Н,  
Тел. +7 996 779-31-38, e-mail: [avismyrino@mail.ru](mailto:avismyrino@mail.ru), сайт: <http://aviscenter.ru>

**Лист первичного осмотра**

**Данные объективного осмотра:**

(Ф.И.О.)

⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗

**Зубная формула:**

Условные обозначения: X – отсутствует, R – корень, C – кариес, P – пульпит, Pt – периодонтит, П – пломба, Пд – пломба с нарушением краевого прилегания, К – коронка, Им – имплантат.

Прикус: \_\_\_\_\_

Состояние слизистой оболочки полости рта, десен, альвеолярных отростков: \_\_\_\_\_

Данные рентгеновских лабораторных исследований: \_\_\_\_\_

Дополнительно: \_\_\_\_\_





**Общество с ограниченной ответственностью «Силуэт»  
Медицинский центр «Авис»**

г. Санкт-Петербург, г. Сестрорецк, 197701, ул. Всеволода Боброва, д.39, лит.А, пом.1Н  
Тел. +7 900-642-84-00 , e-mail: [avismedcentr@mail.ru](mailto:avismedcentr@mail.ru), сайт: <http://aviscenter.ru>

**Лист первичного осмотра**

**Данные объективного осмотра:**

(Ф.И.О.)

⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗

**Зубная формула:**

Условные обозначения: X – отсутствует, R – корень, C – кариес, P – пульпит, Pt – периодонтит, П – пломба, Пд – пломба с нарушением краевого прилегания, К – коронка, Им – имплантат.

Прикус: \_\_\_\_\_

Состояние слизистой оболочки полости рта, десен, альвеолярных отростков: \_\_\_\_\_

Данные рентгеновских лабораторных исследований: \_\_\_\_\_

Дополнительно: \_\_\_\_\_