

Центр Семейной Стоматологии ООО «Виола»  
ИНН: 2466181116 КПП: 246601001  
ОГРН: 1172468026620 ОКПО: 15412116  
Юридический адрес: 660043, Красноярский край,  
г.Красноярск, ул. Дмитрия Мартынова, дом № 43,  
помещение 195  
Телефон: 242-02-02  
Email viola21042017@mail.ru

Приложение №1  
к договору № [CLIENT.HISTNUM]  
на оказание платных медицинских услуг



## Информированное добровольное согласие на возмездное медицинское вмешательство КОМБИНИРОВАННОЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И УДАЛЕНИЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ

*Этот документ свидетельствует о том, что центр семейной стоматологии ООО Виола строго руководствуется Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», современными нормами медицинской этики, действующими в передовых странах мира.*

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

**Я, [CLIENT.FULLNAME] [CLIENT.BDATE] г.р. [CLIENT.PASSP\_FULL], зарегистрирован по адресу: [CLIENT.ADDR\_REG], добровольно обращаюсь в центр семейной стоматологии ООО «Виола» и соглашаюсь с тем, что стоматологическое лечение зубов под общей анестезией будет проводить врач-стоматолог центра семейной стоматологии ООО «Виола» [TREAT.DFULLNAME].**

Мне понятно разъяснили, что комбинированное анестезиологическое пособие отключает сознание и ощущение боли во всем организме, во время проведения комбинированного анестезиологического пособия пациент находится в спокойном, подобном сну состоянии.

Мне разъяснили, и я понимаю методику проведения комбинированного анестезиологического пособия, которая начинается с наложения лицевой маски и подачи газообразных препаратов, а также постановки капельницы в вену и введения премедикации, далее анестезия поддерживается введением препаратов для обезболивания стоматологической манипуляции. Для поддержания газообмена накладывается лицевая маска или носовой катетер с подачей увлажненного кислорода. При более длительных стоматологических манипуляциях анестезия продолжается с помощью газообразных препаратов. Смесь кислорода с ингаляционным анестетиком подается через наркозно-дыхательный аппарат, предназначенный также для проведения искусственной вентиляции легких (ИВЛ) через трубку, установленную в трахею пациента. Интубация трахеи обеспечивает газообмен, гарантирует безопасность и защищает дыхательные пути от рвоты и других физиологических жидкостей.

Я подтверждаю, что настоящий документ содержит необходимую информацию о правилах подготовки меня перед лечением с использованием анестезиологического пособия, общего обезболивания (не наркотический наркоз).

Я проинформирован(-на) о том, что “голодная пауза” перед лечением в анестезиологическом пособии – это одно из «золотых» правил безопасного проведения анестезии. При проведении лечения в анестезиологическом пособии, желудок должен быть пустым, в противном случае, содержимое желудка может попасть в дыхательные пути, что станет серьезной угрозой для жизни.

Я информирован(-на) о том, что прекратить пить нужно за 4 часа до приема, лечения (за 4 часа до начала лечения пить можно только чай!)

Я информирован(-на) о том, что с момента приема еды должно пройти НЕ МЕНЕЕ 6 ЧАСОВ.

Я проинформирован(-на) о том, что в день лечения нельзя принимать лекарств (витаминов, успокоительных, обезболивающих, леденцов, пастилок, таблеток, капель). Я внимательно ознакомился(-лась) с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Я информирован(-на) о том, что согласованное время начала лечения является лишь ориентировочным, перед введением в анестезиологическое пособие.

Мне разъяснена необходимость дополнительного применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций совместно с общим анестезиологическим пособием.

\_\_\_\_\_ ознакомлен (а), согласен (-сна)

Я понимаю, что местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Мне разъяснили, и я понимаю, что введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отека десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше, и др.

Мне сообщена, разъяснена и понятна информация, что выбор препаратов и методики проведения комбинированного анестезиологического пособия остается за врачом-стоматологом и врачом-анестезиологом, и что по ходу операции может возникнуть необходимость в изменении тактики лечения или проведении дополнительных процедур.

Я подтверждаю, что проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии у меня к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов.

Мне объяснено, понятно и я осознаю, что во время проведения комбинированного анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения (нарушения со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренное причинения вреда моему здоровью, и даже неблагоприятный исход). В таком случае я согласен (-а) на то, что вид и тактика анестезиологического пособия может быть изменена врачами по их усмотрению.

Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов по особенностям моего здоровья, сообщил(-а) достоверные сведения о наследственности, а также, обо всех имеющихся у меня заболеваниях.

В доступной форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи (компенсация, стабилизация, осложнения, развитие сопутствующих заболеваний).

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 ФЗ N323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" (Собрание законодательства РФ, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Исполнитель в доступной форме уведомил меня об осуществляемой им медицинской деятельности, о режиме работы клиники, о видах, качестве и об условиях предоставления мне медицинской помощи, об эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях, о графике работы, уровне образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении мне платных медицинских услуг, об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, о состоянии моего здоровья, о правилах и условиях эффективного и безопасного использования результатов оказанных медицинских услуг, о перечне платных медицинских услуг Исполнителя, их стоимости, положении о гарантиях и сроках службы на овеществленные результаты оказанных услуг, о правилах использования установленных стоматологических конструкций.

Я понимаю необходимость информирования лечащего врача обо всех случаях аллергии, о наличии всех имеющихся у меня заболеваний, травм и ранее выполненных операций. Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения. Я даю разрешение проводить осмотры, рентгенологические и инструментальные исследования, делать оттиски, фотографии, видеосъемку, инъекции лекарственных препаратов, профессиональную гигиену зубов и любые другие медицинские вмешательства, которые будут необходимы для

обеспечения качества и безопасности лечения. Я имел возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них понятные и исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение нумерации зубов и всех медицинских терминов, упомянутых в данном документе. Я даю разрешение использовать труд любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо для получения наилучшего результата диагностики и лечения.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, о которых я уведомлен в Информированном согласии, которые возникли вследствие естественных изменений моего организма или внешних причин, а также в следствии нарушений условий Договора на оказание платных медицинских услуг и рекомендаций лечащего врача, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я понимаю, что ожидаемый мною положительный результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение разрешенных в РФ материалов и инструментов с соблюдением соответствующих стандартов и протоколов лечения. Я уведомлен(а), что появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов не является гарантийным случаем, поскольку подобное осложнение предсказать до начала лечения невозможно, и оно не является следствием неправильных действий врача. В этом случае переделка, удаление или замена стоматологических конструкций с целью устранения явлений гальванизма и аллергии осуществляется платно по прайсу Исполнителя.

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных». Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам для осуществления действий по обмену информацией, обезличивание, блокирование персональных данных, а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации. Я проинформирован, что ООО «Виола» (ИНН 2466181116, КПП 246601001) гарантирует обработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации как неавтоматизированным, так и автоматизированным способами. Данное согласие действует до достижения целей обработки персональных данных или в течение срока хранения информации. Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Я предупрежден (на) и даю согласие на фото и видео съемку в Центре семейной стоматологии ООО «Виола», для контроля качества оказания медицинской помощи.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о применении комбинированного анестезиологического пособия при стоматологическом приеме, на которые, я получил (а) исчерпывающие и понятные мне ответы и разъяснения.

Меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги. Дополнительных условий мною не выдвигается. Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании без указания имени и фамилии, фотографии и видео зубов (без лица) и полости рта в научных и учебных целях, для оценки качества стоматологического лечения, публикации на сайте клиники, а также предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику. Я внимательно ознакомился (-лась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской амбулаторной карты (истории болезни), договора на оказание платных стоматологических услуг и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я проинформирован(-а) врачом об особенностях предстоящего стоматологического лечения с применением комбинированного анестезиологического пособия и даю свое согласие приступить к стоматологическому лечению с применением комбинированного

анестезиологического пособия, на предложенных мне условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ / [CLIENT.FULLNAME]

Подпись врача: \_\_\_\_\_ / [TREAT.DFULLNAME]  
[BDate]

Центр семейной стоматологии ВИОЛА  
violafamilydent.ru