

[CREATECLIENT NAME=CLIENT: SOI=Name: form: e_get_profile(PROCESS)]
[CREATECLIENT NAME=CLIENT: SOI=Name: form: e_get_profile(PROCESS)]
[CREATECLIENT NAME=TREAT: SOI=Name: form: e_get_profile(PROCESS)]

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 ЭНДОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ С СОМНИТЕЛЬНЫМ ПРОГНОЗОМ (БЕЗ ГАРАНТИИ)

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.19-23 Федерального закона N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», сообщена вся необходимая информация о моем предстоящем лечении, и я согласен (согласна) с названными мне условиями предстоящего эндодонтического лечения зуба(ов). Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, [CLIENT.FULLNAME] [CLIENT.BDATE] г.р. паспорт: [CLIENT.PASSP_FULL], зарегистрирован по адресу: [CLIENT.ADDR_REG], добровольно обращаюсь в центр семейной стоматологии ООО «Виола», я соглашаюсь с тем, что мне стоматологический прием будет проводить врач-стоматолог центра семейной стоматологии ООО «Виола» [TREAT.DFULLNAME].

В исключительных случаях (например, болезнь врача или др. непредвиденные обстоятельства) центр семейной стоматологии ООО «Виола» может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом, как минимум за 12 часов до приема и получив мое устное Согласие.

Я, в доступной и понятной для меня форме, информирован (а) врачом о моем диагнозе. Я понимаю, что лечение _____ зуба (ов) при данной клинической ситуации весьма сомнительно, лечение будет максимально направленное на попытку сохранения зуба. Окончательное решение врач может принять только после того, как проведёт ряд подготовительных мероприятий (в зависимости от первоначального состояния зуба), в частности: снятие ортопедической конструкции, удаление литой штифтовой культевой вкладки, удаление анкерного штифта, препарирование и удаление старых пломб, кариозных тканей, размягчённого дентина из полости зуба, распломбировка корневых каналов зуба, временная и постоянная пломбировка корневых каналов, хирургические зубосохраняющие операции, временное и постоянное протезирование, а также по факту наблюдения за состоянием зуба после проведенных вмешательств.

При этом возможны два варианта исходов, о которых пациент предупреждается настоящим документом до принятия решения о предлагаемых в соответствии с планом лечения медицинских вмешательствах:

1. Уточнение диагноза, попытка консервативного лечение зуба, и в соответствии с ним выбор и согласование с пациентом тактики лечения с попыткой сохранения зуба без каких-либо гарантий.

Пациент в этом случае оплачивает последующее лечение согласно утвержденного или скорректированного после диагностики плана лечения.

2. В случае выявления показаний к удалению зуба как в процессе вмешательства, так и через несколько месяцев/лет после него (перелом, трещина, перфорация, невозможность прохождения корневых каналов, полное разрушение коронковой части зуба с отсутствием феррула, невозможность извлечения отломка инструмента в канале, вкладки, штифта, подвижность 3-4 степени, рецессия десны, прогрессирование воспалительного процесса в периодонте и др.) врач предлагает удаление зуба. В этом случае пациент оплачивает все выполненные манипуляции по препарированию зуба, удалению старой пломбы, снятию коронок, извлечению инородных тел из зуба, временное и постоянное пломбирование каналов и полостей зуба, временное и постоянное протезирование. В этом случае денежные

_____ ознакомлен (-а), согласен (-сна)

средства, затраченные пациентом на все диагностические и лечебные услуги, не возвращаются, поскольку пациент был заранее предупрежден о высокой вероятности неблагоприятного исхода лечения и всех медицинских и финансовых последствиях такого исхода. После удаления зуба составляется новый план лечения и после согласования с пациентом проводится соответствующее лечение по прайсу клиники Исполнителя.

Я понимаю, что стоимость лечения зависит от того, какой вариант лечения будет возможен, и что, добровольно соглашаясь на сомнительное лечение, я обязан полностью оплатить это лечение и протезирование зуба с сомнительным прогнозом, даже если лечение в итоге будет завершено удалением зуба.

Мне понятно, что положительный результат эндодонтического лечения заключается в исчезновении воспаления на верхушке корня и проявляется на рентгенологическом контрольном обследовании не ранее 6-го - 18-го месяцев после лечения.

Мне понятно, что в случае отказа от эндодонтического лечения возможны осложнения, такие как: прогрессирование инфекции; появление, либо нарастание, болевых ощущений; образование кисты; отек мягких тканей лица, флюс, что в итоге, приведет к потере зуба, а также поражению соседних зубов.

Мне понятно, что альтернативными методами эндодонтического лечения является - удаление пораженного зуба (зубов).

Я соглашаюсь с риском возникновения нижеперечисленных осложнений, которые могут возникнуть как во время повторного эндодонтического лечения корневых каналов, так и после его окончания, это:

✓ _____;

✓ возможно, имеется определенный процент неудач повторного эндодонтического лечения, что может потребовать хирургического вмешательства в области корней зуба (резекции корня) и (или) удаления зуба;

✓ возможно ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких месяцев, по поводу чего врач меня предупредил;

✓ в моем случае при плохой проходимости корневых каналов, возможно перфорация гайморовой пазухи, поломка инструментов и перелом корня, что потребует коррекции в плане лечения, что приведет к удалению зуба и необходимости имплантации и (или) протезирования.

✓ я понимаю, что в моем случае при повторном эндодонтическом лечении корневых каналов процент успеха значительно снижается (вероятность вышеперечисленных осложнений значительно увеличивается);

✓ я понимаю, что после лечения корневых каналов мой зуб будет более хрупким и его необходимо будет защитить от перелома путем установки штифта (стекловолокно, анкер, культевая штифтовая вкладка) и дальнейшее закрытие зуба искусственной коронки;

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше. Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также обо всех имеющихся у меня заболеваниях.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на их проведение.

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 центра семейной стоматологии ООО «Виола», 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 вследствие 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 об условиях, способах и методах лечения кариеса, 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 моих зубов (без лица) и полости рта в научных и учебных целях, для оценки качества протезирования на имплантатах, публикации на сайте клиники, а также предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику.

Я разрешаю сообщать информацию о моем лечении лицам, его оплачивающим, близким родственникам, а также всем лицам, профессионально обязанным сохранять медицинскую тайну.

Я внимательно ознакомился (-лась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью моей медицинской амбулаторной карты (истории болезни), договора на оказание мне платных стоматологических услуг и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я проинформирован(-а) врачом об особенностях предстоящего эндодонтического лечения и даю свое согласие приступить к лечению, на предложенных мне условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / [CLIENT.FULLNAME]

Подпись врача: _____ / [TREAT.DFULLNAME]
[BDate]