

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 НА ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

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 что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, [CLIENT.FULLNAME] [CLIENT.BDATE] г.р. [CLIENT.PASSP_FULL], зарегистрирован по адресу: [CLIENT.ADDR_REG], добровольно обращаюсь в центр семейной стоматологии ООО «Виола» для проведения стоматологического лечения и соглашаюсь с тем, что прием мне будет проводить хирург стоматолог [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 письменное Согласие.

Я, в доступной и понятной для меня форме, информирован (а) врачом хирургом о моем диагнозе: _____ зуба (ов), в соответствии с согласованным со мной планом лечения.

Мне понятно объяснено, что главными целями хирургического лечения заболеваний пародонта являются: ликвидация очагов воспаления и пародонтальных карманов, создание оптимальных функциональных условий для тканей пародонта; приостановка прогрессирования деструкции альвеолярной кости; обеспечение длительной стабилизации состояния пародонта.

Мне понятно объяснено, что хирургическое лечение заболеваний пародонта будет выполняться в соответствии «Клиническими рекомендациями (протоколами лечения) при диагнозе пародонтит», утвержденными Постановлением № 18 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 23 апреля 2013 года с изменениями и дополнениями на основании Постановления № 18 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года, «Клиническими рекомендациями (протоколами лечения) при диагнозе гингивит», утвержденными Постановлением №18 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года, а также иными клиническими рекомендациями и методиками, действующими в Российской Федерации.

Я понимаю, что пародонт - это комплекс тканей, окружающих зуб. К ним относится не только десна, но и костная лунка, в которой располагается корень зуба, и связки зуба, удерживающие зуб в лунке, вплетаясь в корень зуба и в кость. Все эти ткани представляют собой единую систему, которая выполняет сразу несколько важнейших функций: фиксация зубов, восприятие и регулировка жевательной нагрузки, управление работой жевательных мышц, защита от проникновения внутрь костной ткани болезнетворных бактерий и целого ряда повреждающих факторов. Заболевания пародонта являются важнейшей причиной потери зубов у взрослых (около 70%) и поражают три четверти населения. Гингивит, пародонтит и пародонтоз – наиболее распространенные заболевания пародонта.

К основным хирургическим вмешательствам при заболеваниях пародонта относят кюретаж, гингивотомия, гингивэктомия, лоскутные операции и пластику десен. Характер и радикальность хирургических вмешательств зависит от глубины пародонтального кармана. Мне также доступно и понятно объяснено, что кюретаж пародонтального кармана – хирургическая манипуляция, направленная на уменьшение глубины пародонтального кармана или его устранение. Цель проведения кюретажа заключается в удалении поддесневого зубного камня, грануляций, вегетирующего эпителия десневой борозды, воспаленной соединительной ткани стенки кармана. Кюретаж бывает закрытым и открытым. Закрытый кюретаж выполняется следующим образом: после медикаментозной обработки под инфильтрационной или проводниковой анестезией удаляют поддесневые зубные отложения и патологически измененный цемент корня зуба. При этом инструмент направляют от верхушки корня к коронке зуба, плотно прижимая его к поверхности корня, либо из глубины вокруг корня к краю коронки, по диагонали. В процессе промывают операционное поле антисептическим раствором. Далее приступают к удалению грануляционной ткани со дна кармана острой кюретой. Последний этап - дезэпителизация кармана ножницами. После этого операционное поле обрабатывают изотоническим раствором хлорида натрия, десну плотно прижимают к зубу и накладывают защитную повязку. Открытый кюретаж - удаление из пародонтального кармана грануляций, эпителия и распавшейся ткани. Показанием для проведения является патологический карман глубиной до 6 мм. Методика проведения: под местной анестезией скальпелем рассекают межзубные сосочки, отслаивают десневые лоскуты узким распатором с обеих сторон для лучшего обзора, кюретой удаляют с поверхности зуба отложения, вводят в рану иглу шприца с антисептическим раствором, экскаватором удаляют грануляционную ткань и эпителий кармана, сглаживают корневые поверхности. Лоскуты обрабатывают и укладывают на место. Далее накладываются узловыи швы, а затем - пародонтальную повязку.

Гингивотомия – операция по рассечению стенки пародонтального кармана для удаления гнойного абсцесса или выполнения открытого кюретажа. Обеспечивает визуальный доступ к зоне воспаления для качественной чистки и обработки лекарственными средствами. Гингивотомия рекомендована при пародонтите средней и тяжелой степени с большим скоплением гнойных выделений в зубодесневом пространстве. При гингивотомии разрез тканей выполняют вертикально в зоне проекции корня зуба по направлению от свободного края десны (с отступом или без) до складки перехода к подвижным тканям. Прием актуален при лечении зубодесневых карманов патологической формы (глубоких и узких), а также при локальных периодонтальных и костных абсцессах.

Гингивэктомия – это иссечение десны в целях ликвидации «ложного» или пародонтального кармана и улучшения условий для последующей гигиены полости рта. Ее проводят при гиперпластическом гингивите, при наличии пародонтальных карманов глубиной более 4 мм при горизонтальной резорбции альвеолярной кости в области жевательной группы зубов. После медикаментозной обработки полости рта проводят определение уровня дна «ложного» кармана. Затем под инфильтрационной анестезией осуществляют непрерывный косой разрез для гингивэктомии. Далее проводят иссечение гипертрофированной десны и удаление иссеченного фрагмента десны. С помощью соответствующего инструментария очищают и полируют поверхности корней зубов, и накладывают пародонтальную повязку. Операция проводится скальпелем либо с применением лазера, используется местная анестезия. После процедуры раны обрабатываются специальными средствами и мазью, покрываются повязкой. Мне разъяснено и понятно, что до начала хирургического лечения мне необходимо провести профессиональную гигиену полости рта, лечение кариеса, замену старых пломб. Указанные вмешательства выполняются по согласованию со мной за отдельную плату с предварительным получением информированного добровольного согласия.

Вестибулопластика - операция по углублению преддверия полости рта, расширяющая зону прикрепленной десны.

Преддверием полости рта в стоматологии называют пространство, находящееся между внешними поверхностями десен и зубных рядов и внутренней поверхностью щек. Его глубина измеряется расстоянием между краем десны и тем местом, где подвижная часть слизистой оболочки переходит в неподвижную. Нормальным считается расстояние от 5 до 10 миллиметров. Если глубина преддверия меньше 5 миллиметров, оно называется мелким, и диагностируется аномалия мягких тканей, расположенных во фронтальном отделе альвеолярного отростка. Операция вестибулопластики осуществляется под местной анестезией при помощи скальпеля или лазера. В зависимости от конкретного случая могут применяться различные методики проведения операции: 1) Открытые методики. Преддверие полости рта углубляется посредством рассечения мягких тканей и отслоения части слизистой оболочки. После хирургического вмешательства на альвеолярном отростке и внутренней стороне губы остаются раневые поверхности, заживление которых происходит вторичным натяжением. 2) Закрытые методики. По окончании операции раневая поверхность накрывается мягкими тканями и накладываются швы при помощи кетгута.

Выбор методов медицинского вмешательства, а также необходимых мне этапов и сроков лечения делает врач и согласовывает со мной в предварительном плане лечения. Меня подробно ознакомили с планом предстоящего лечения, его сроками и стоимостью, а также со всеми возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех. Совместно с врачом я имел(а) возможность выбрать из всех вариантов лечения наиболее рациональный в моем клиническом случае вариант. Врач объяснил мне, что, если я не желаю проводить хирургическое лечение заболеваний пародонта, я могу отказаться от него. Последствия отказа: прогрессирование имеющегося у меня заболевания, развитие гингивита, пародонтита, инфекционных осложнений; появление болевых ощущений; обострение системных заболеваний организма. Я понимаю, что невозможно точно установить сроки и объемы лечения ввиду непредсказуемой реакции организма человека на проведение медицинского вмешательства и возможной необходимости изменения или коррекции первоначального плана лечения. Окончательный объем операции может отличаться от первоначального как в сторону уменьшения, так и в сторону расширения объема оперативного вмешательства; кроме того, в ходе операции может возникнуть необходимость осуществления дополнительного медицинского вмешательства (вмешательств), иных операций, рентгенологических и других специальных исследований.

Мне разъяснена необходимость применения местной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций 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 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, отека десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше. Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков.

Я понимаю, что хирургическая операция является вмешательством в биологический организм и не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех

клинических и технологических этапов. Некоторые нежелательные побочные действия и осложнения нельзя исключить. Врач объяснил мне, и я понял(а) возможные осложнения, которые могут иметь место во время и после операции: некроз или омертвление лоскутов - может возникнуть из-за пренебрежения мной гигиеной полости рта; повышенная чувствительность зубов; повреждение альвеолярных нервов и кровеносных сосудов; обострение воспалений в ротовой полости; образование рубцов; длительные кровотечения и гематомы; повышение температуры и наличие общих симптомов интоксикации; увеличение лимфатических узлов; снижение чувствительности нервных окончаний во рту; инфицирование раны, прилегающих тканей или сосудистой системы в случае осложнений, и при несоблюдения предписанных врачом назначений, рекомендаций и правил гигиены; воспалительные процессы общего характера (например, сепсис); аллергические реакции, коллапс, анафилактический шок. Указанные состояния могут потребовать дополнительного стоматологического лечения. Вышеуказанные осложнения могут быть обусловлены анатомо-физиологическими особенностями моего организма, наличием хронического либо острого патологического процесса (заболевания). В послеоперационном периоде возможно возникновение неприятных болезненных ощущений, развитие кровотечения, сохранение отека. Послеоперационный восстановительный период является индивидуальным по длительности и характеру течения, может замедляться при наличии возникших осложнений; кроме того, процесс заживления может протекать при наличии неприятных болезненных ощущений разной степени интенсивности в зоне оперативного вмешательства и зависит от индивидуальных особенностей строения моей зубочелюстной системы и возраста. Мне понятно, что указанные выше осложнения и состояния не являются следствием некачественно предоставленной медицинской услуги, а обусловлены особенностями организма и иными обстоятельствами, не зависящими от Исполнителя. Мне понятно, что послеоперационный, восстановительный процесс индивидуален по длительности и характеру лечения, и дискомфорт послеоперационного состояния, может быть, в течение нескольких дней и более. Мне также понятно, что противопоказания к выполнению медицинского вмешательства: любые основания для отказа от хирургического вмешательства; любые противопоказания к местной анестезии; резкое истончение стенки десневого края; некроз десны; наличие острых инфекционных заболеваний слизистой оболочки рта и общих инфекционных заболеваний и иные состояния, препятствующие проведению медицинского вмешательства.

Я подтверждаю, что получил(а) от лечащего врача информацию обо всех противопоказаниях. Я честно, без утайки, сообщил(а) лечащему врачу всю информацию, касающуюся моего здоровья (перенесенные операции, заболевания, беременность, принимаемые лекарственные средства, аллергические реакции и т.п.). Я осознаю, что, если скрыл(а) какую-то информацию о своем здоровье, я самостоятельно несу за это ответственность, и понимаю, что это может негативно сказаться на результатах (сроках, стоимости) лечения.

Я понимаю, что ожидаемым результатом хирургического лечения заболеваний пародонта является достижение целей лечения, предупреждение развития осложнений.

Я понимаю, что гарантийный срок на хирургическое лечение не устанавливается.

Врач объяснил мне, что после операции: в течение 21 суток не рекомендуется заниматься активным физическим трудом, посещать баню и сауну, переохлаждаться; в течение 2 часов не рекомендуется принимать пищу; в первые три недели рекомендуется жевать только на здоровой стороне челюсти, употребляя при этом только мягкую пищу, нагретую до средней температуры; с целью предотвращения спазма сосудов необходимо отказаться от курения в ближайшие 5 часов (а лучше в течение 3-5 дней) после операции; не употреблять алкоголь на протяжении первых суток (а если назначены антибиотики, то исключить спиртные напитки необходимо на весь курс лечения – согласно инструкции к препарату). Категорически запрещается: греть травмированную область каким-либо образом (прием горячей ванны тоже

следует исключить); заниматься интенсивным физическим трудом; открывать рот особо широко; предпринимать попытки проникнуть в рану при использовании посторонних предметов. Для облегчения болевого синдрома, может быть, показан прием болеутоляющих, противовоспалительных и/или антибактериальных препаратов по назначению лечащего врача. Я понимаю, что должен(а) незамедлительно информировать лечащего врача обо всех случаях возникновения перечисленных в настоящем согласии состояний, осложнений, аллергии, перенесенных ранее заболеваний, как острых так и хронических (в том числе о хирургических операциях, наличии сахарного диабета, онкологических заболеваний), травмах, а также о принимаемых лекарственных средствах и биоактивных добавках, непереносимости лекарственных препаратов и ее проявлениях, сообщать правдивые сведения о наследственности, а также употреблении алкоголя, наркотических и токсических средствах, курении, высказывать все жалобы.

Неявка на приём к врачу в согласованные сроки, невыполнение рекомендаций врача или выполнение их не в полном объёме, может привести к увеличению сроков лечения и как следствие, увеличению стоимости лечения. Я согласен(на) тщательно выполнять рекомендации врача в процессе лечения, понимая, что невыполнение или ненадлежащее их выполнение чревато ухудшением состояния моего здоровья и может повлиять на результат лечения. Ответственность за неблагоприятный исход лечения в случае невыполнения/неполного выполнения рекомендаций врача ложится на меня.

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.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное лечение, и исключить осложнения после лечения, поэтому значительно ограничит гарантийный срок. Я информирован о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологического обследования.

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 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 имплантации и костной и мягкотканой пластики, на которые, я получил (а) исчерпывающие и понятные мне ответы и разъяснения.

У меня было достаточно времени, чтобы я ознакомился(-лась) с предлагаемым лечением, задать все интересующие меня вопросы и мог(-ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

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 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]