

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 ОПЕРАЦИЯ ИМПЛАНТАЦИЯ ВНУТРИКОСТНЫХ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ

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: Частичная адентия, и одним из методов лечения, при данном диагнозе является имплантация в области _____ зуба (ов), в соответствии с согласованным со мной планом.

Мне понятно разъяснено, что целью операции установки дентальных имплантатов является восстановления основных функций зубочелюстной системы (откусывание и пережевывание пищи, дикция) и воспрепятствования прогрессирующей атрофии альвеолярных отростков челюстной кости и атрофии мышц челюстно-лицевой области. Для восстановления основных функций зубочелюстной системы необходимо выполнение двух этапов: хирургического и ортопедического. Имплантация зубов является зубовосстанавливающей операцией, при которой имплантат выполняет функцию опоры (искусственного корня) для искусственной коронки (зуба). Я подтверждаю, что при подготовке к проведению дентальной имплантации получил(а) консультацию врача-стоматолога ортопеда, меня уведомили и проинформировали об алгоритме подготовки к имплантации.

Для оптимального размещения имплантата в челюстной кости в 60-100% случаях, в зависимости от локализации костного дефекта, необходимо выполнять подсадку костной ткани или костнозамещающих препаратов – проводить пластику костной ткани. Если размер альвеолярного отростка (альвеолярной части) моей челюсти не позволит установить имплантат(ы), то по показаниям мне будет выполнена костная пластика (остеопластика).

Для оптимального размещения имплантата, достижения максимального эстетического эффекта (заполнения межзубных черных треугольников, отсутствия зазоров между десной и коронкой), эстетической коррекции линии десны относительно зубного ряда, получения симметричного уровня десневой ткани в зоне улыбки может потребоваться выполнить пластику мягких тканей – иссечение патологически измененной десны для создания более физиологичного контура, который плавно возвышается в межзубных участках и снижается на вестибулярной и язычной поверхности зуба. Пластика направлена на закрытие обнаженных корней, создание благоприятных десневых условий вокруг имплантатов, создание эстетичных корней десен.

Мне понятно, что операция установки дентальных имплантатов, костная пластика, пластика мягких тканей будет выполняться врачом в соответствии с «Клиническими рекомендациями (протоколами лечения) при диагнозе полное отсутствие зубов (полная вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита)», утвержденными Постановлением № 15 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года, «Клиническими рекомендациями (протоколами лечения) при диагнозе частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита)», утвержденными Постановлением № 15 Совета Ассоциации общественных

объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года, а также иными клиническими рекомендациями и методиками, действующими в Российской Федерации.

Дентальная имплантация проводится последовательно и, как правило, состоит из следующих этапов:

Первый, подготовительный этап - до операции дентальной имплантации показана полная санация полости рта - лечение кариеса зубов и его осложнений (пульпита, периодонтита), устранение дефектов тканей зуба не кариозной природы путём пломбирования, исправление деформированных зубов и челюстей, удаление зубного налета и камня, устранение очагов инфекции и интоксикации. Санация полости рта выполняется по согласованию со мной за отдельную плату согласно комплексному плану лечения и с получением отдельного информированного добровольного согласия. До операции дентальной имплантации мне изготавливается хирургический позиционер, который необходим для максимальной точности при внедрении имплантата в альвеолярный отросток челюсти.

Второй этап, операция имплантации - после проведения обезболивания, проводится разрез в месте установки имплантата, при помощи стоматологического инструмента формируется ложе для импланта и устанавливается имплантат, после чего накладываются швы. В подавляющем большинстве случаев для достижения приживления (остеоинтеграции) имплантатов необходим срок 3-4 месяца на нижней челюсти и 4-6 месяцев на верхней челюсти. При достижении остеоинтеграции имплантата, подтвержденной рентгенологическим исследованием и оценкой стабильности имплантата, винт-заглушка имплантации заменяется формирователем десны, который полностью выступает над ее поверхностью и имеет диаметр, соответствующий шейке будущего искусственного зуба или абатмента. Я понимаю, что наращивание костной ткани и пластика мягких тканей может потребоваться до установки имплантата, в момент установки имплантата, а также после полной интеграции имплантата перед протезированием.

Пластика мягких тканей проводится с местным обезболиванием. В зависимости от сложности и объема задач, процедура занимает от получаса до нескольких часов – она включает анестезию, обеззараживание, непосредственную работу над пародонтом, очистку от зубного/бактериального налета (при необходимости), наложение швов. Во время операции избыточную мягкую ткань удаляют при помощи скальпеля, недостающую срезают с области нёба. Лоскуты пришивают специальными нитками.

Костная пластика будет проводиться одним из существующих в настоящий момент способов: аугментация костной ткани – это остеопластика нижней и/или верхней челюсти при помощи искусственных (остеоиндуктивных и костнозамещающих препаратов) или донорских материалов; костная аутотрансплантация – один из вариантов аугментации, это пересадка костной ткани самого пациента, метод эффективен за счет отсутствия реакции отторжения; и еще один вид костной пластики – это синус-лифтинг, искусственное увеличение массива костной ткани верхней челюсти в области отсутствующих боковых зубов за счет поднятия дна верхнечелюстной (гайморовой) пазухи. Он позволяет восстановить кость до такой толщины, чтобы можно было укрепить в ней имплант. Для того, чтобы нарастить кость, дно гайморовой пазухи приподнимается через отверстие в челюсти. Затем туда помещается материал, который со временем интегрируется в костную ткань. После того, как кость соединяется с подсаженным материалом и достигает нужного объема, можно проводить имплантацию. Синус-лифтинг может быть открытым или закрытым. Открытый синус-лифтинг – методика проведения субантральной аугментации, при которой на латеральной стенке верхнечелюстной пазухи формируется отверстие (окно), через которое с помощью специальных инструментов проводится отслаивание слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи с последующим заполнением образовавшегося пространства костным материалом. Закрытый (мягкий) синус-лифтинг – методика проведения субантральной аугментации, при которой отслаивание слизистой верхнечелюстной пазухи производится через ложе, сформированное для установки имплантата (через гребень альвеолярного отростка верхней челюсти) с последующей установкой имплантата.

В настоящее время при наращивании объема кости применяются, как правило, четыре типа остеопластических материалов: аутологичный костный трансплантат – кость, взятая у самого пациента; аллогенный костный трансплантат – донорский материал, полученный у других людей; ксеногенный костный трансплантат – донорский материал, взятый у животных; синтетический материал (эксплант) – материал искусственного происхождения. Для забора собственной костной ткани необходимы дополнительные разрезы в полости рта и забор костных

блоков или стружки с нижней или верхней челюсти. Забор костной ткани может быть проведен во внутриротовых или внеротовых донорских областях.

Я информирован(а) о том, что десна и костная ткань в донорской области через несколько месяцев восстанавливается полностью без наступления необратимых последствий для анатомии и функции донорских участков.

Имплантаты могут быть установлены одновременно с проведением операции синус-лифтинга, однако такая возможность существует не всегда и оценивается врачом в процессе операции. Я понимаю, что невыполнение операции по наращиванию костной ткани и пластике мягких тканей может послужить причиной неудачи протезирования в связи с высокими медицинскими рисками возникновения осложнений и невозможности достижения ожидаемого эстетического эффекта протезирования. Поскольку костная пластика и пластика мягких тканей необходимы для установки дентальных имплантатов и позволяют достичь наилучшего клинического и эстетического результата лечения, я согласен(на) на их выполнение до начала имплантации, в процессе установки имплантатов либо после их установки. Костная пластика и пластика мягких тканей являются отдельными от установки имплантатов услугами и оплачиваются по ценам, указанным в прейскуранте Исполнителя на дату оплаты (если иное не установлено дополнительно). Я понимаю, что в процессе дентальной имплантации может потребоваться несколько операций по наращиванию костной ткани и/или пластике мягких тканей, а также установка формирователей десны и временных ортопедических конструкций на имплантаты. Все указанные манипуляции и операции будут оплачены мной по прейскуранту Исполнителя, действующему на момент оплаты (если иное не установлено дополнительно).

Выбор материалов и методов лечения, а также необходимых мне этапов и сроков лечения делает врач и согласовывает со мной в предварительном плане лечения. Мне названы и со мной согласованы: количество имплантатов, их особенности, производитель и место производства, материал, из которого они изготовлены, их стоимость и методика установки; материал, который будет использоваться в процессе операции костной пластики и методика ее выполнения; этапы и сроки проведения лечения, стоимость отдельных процедур и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена, как в сторону увеличения, так и в сторону уменьшения, в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть.

Я понимаю, что после установки дентальных имплантатов необходимо приступить к следующему этапу - протезированию. Я информирован(а) о том, что ортопедический этап лечения проводится в сроки, установленные для каждого типа имплантатов. Эти сроки должны быть полностью соблюдены для максимальной адаптации имплантата в костной ткани. 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.

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 вмешательства, указанные в настоящем документе, я могу отказаться от их выполнения. Последствия отказа от имплантации: атрофия костной ткани челюсти в области отсутствующих зубов, что может привести к воспалению десен и подвижности зубов в связи с дополнительной нагрузкой на них, что, в свою очередь, может повлечь их удаление. Также возможно возникновение патологии височно-нижнечелюстного сустава, иррадиирующей боли в заднем шейном отделе и в мышцах лица, головной боли и утомляемости жевательных мышц; могут возникнуть нарушения вплоть до окончательной утраты жизненно важной функции организма - пережевывания пищи, что сказывается на процессе пищеварения и поступлении в организм необходимых питательных веществ, а также нередко является причиной развития заболеваний желудочно-кишечного тракта воспалительного характера; нарушения артикуляции и дикции могут сказаться на моих коммуникационных способностях, эти нарушения вкупе с изменениями внешности вследствие утраты зубов и развивающейся атрофии жевательных мышц могут обусловить изменения психоэмоционального состояния вплоть до нарушений психики.

Последствия отказа от костной пластики и пластики мягких тканей: невозможность установки имплантатов, а в случае их установки – развитие осложнений вплоть до отторжения имплантатов.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Без анестезии хирургическое вмешательство не может производиться. 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 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 другими осложнениями. 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, все риски и осложнения, которые могут возникнуть как во время операции, так и после нее. Я понимаю, что операция по установке дентальных имплантатов 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. Установка имплантатов в области верхней челюсти проводится при непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе. При перфорации дна пазухи носа возможно воспалительное осложнение в этой области. При хирургических вмешательствах в области нижней челюсти, при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу, возможно онемение языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти. Врач объяснил мне, и я понял(а) возможные осложнения, которые могут иметь место во время и после операции дентальной имплантации: кровотечение в зоне установки имплантата; миграция имплантатов в верхнечелюстную пазуху; перфорация верхнечелюстной пазухи; травма нижнего альвеолярного нерва, вследствие повреждения нижнечелюстного канала, перфорация дна полости носа; верхнечелюстной синусит; невралгия нижнего альвеолярного нерва; онемение в области проведения операции или лица после хирургического вмешательства; болевые ощущения; длительные кровотечения и гематомы; повышение температуры и наличие общих симптомов интоксикации; увеличение лимфатических узлов; редко - вывихи верхней и/или нижней челюстей; воспаление тканей вокруг имплантатов, которая может потребовать дополнительного лечения и может привести к удалению имплантатов; инфицирование раны, прилегающих тканей или сосудистой системы в случае осложнений и при несоблюдения предписанных врачом назначений, рекомендаций и правил гигиены: аллергические реакции, коллапс, анафилактический шок.

Врач объяснил мне, и я понял(а) возможные осложнения, которые могут иметь место во время и после операции костной пластики: нарушение целостности (разрыв) слизистой верхнечелюстной пазухи; замещение введённого материала соединительной тканью без формирования ткани костной или его резорбция; инфицирование пазух с развитием гнойного или серозного синусита; разрывов мембраны Шнейдера при ее отслоении со смещением вверх; отсутствие интеграции, расположенной в зоне реконструкции имплантатов; инфекционные осложнения, связанные с микробным фактором; болевые ощущения, отёк, заложенность носа; длительные кровотечения и гематомы; повышение температуры и наличие общих симптомов интоксикации; увеличение лимфатических узлов; инфицирование раны, прилегающих тканей или сосудистой системы в случае осложнений и при несоблюдения предписанных врачом назначений, рекомендаций и правил гигиены; утрата костного материала, экспозиция барьерной мембраны, что потребует повторного вмешательства для её удаления, формирование соустья между пазухой и полостью рта; отсутствие возможности установить имплантат в области операции в будущем; усугубление патологии ВНЧС при её наличии; развитие воспаления; образование ороантрального свища; аллергические реакции, коллапс, анафилактический шок.

Врач объяснил мне, и я понял(а) возможные осложнения, которые могут иметь место во время и после операции пластики мягких тканей: некроз или омертвление лоскутов, может возникнуть из-за пренебрежения мной гигиеной полости рта, которое может потребовать лечения и повторной пластики после заживления за дополнительную плату; болевые ощущения; длительные кровотечения и гематомы; повышение температуры и наличие общих симптомов интоксикации; повышенная чувствительность зубов; если рецессия (оголение) десны обусловлено причинами, связанными с нарушением прикуса и заболеваниями ВНЧС, и указанные причины не устранены, то после выполнения пластики мягких тканей возможно возникновение рецидива (появления симптомов заболевания), который потребует выполнения повторной пластики за дополнительную плату; аллергические реакции, коллапс, анафилактический шок.

Врач объяснил, что не существует способа точно предсказать заживляющие способности организма. Возможны случаи неблагоприятного исхода операции в виде неприживления имплантата, мягкотканого трансплантата и/или костно-пластического материала. В случае неприживления может потребоваться повторная операция дентальной имплантации, остеопластики и/или пластики мягких тканей, которая будет выполнена с моего согласия за отдельную плату. 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. Я понимаю, что курение, приём алкоголя, наркотиков, некоторых лекарственных препаратов, чрезмерное употребление сахара, наличие и обострение имеющихся и вновь возникших заболеваний, полученные мной острые травмы снижают успех лечения.

Я ознакомлен (а) и мне понятны противопоказания к выполнению медицинских вмешательств, указанных в настоящем документе: любые основания для отказа от хирургического вмешательства; любые противопоказания к местной анестезии; заболевания, на которые может отрицательно повлиять имплантация (например, эндокардит, искусственный сердечный клапан или водитель ритма, трансплантация органов, ревматические заболевания и др.); формы терапии, которые могут отрицательно повлиять на заживление и сохранение имплантата, а также на его ложе (например, иммуноподавляющие средства, антидепрессанты, противосвертывающие средства, цитостатики), психические заболевания; кахексия, недостаточная привычка к общей гигиене 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 дентальной имплантации, костной пластики и пластики мягких тканей является достижение целей лечения, предупреждение развития осложнений.

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.

Мне понятно, что гарантийный срок на проведенную операцию по наращиванию костной ткани (костной пластике) и пластике мягких тканей не устанавливается. Я информирован(а) о среднем сроке службы имплантатов – от 5 до 20 лет и среднестатистическом проценте благоприятного исхода операции по установке имплантата и операций по наращиванию костной ткани.

Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке и сроке службы на описанные результаты хирургического лечения и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае несоблюдения условий гарантии и

врачебных рекомендаций по срокам временного и постоянного протезирования я лишаясь права на гарантию на все результаты оказанных услуг. Я уведомлен(а), что для сохранения гарантий и получения ожидаемого результата от протезирования на имплантатах необходимо полностью завершить весь комплексный план лечения и протезирования, рекомендованный лечащим врачом. Отказ от полного завершения комплексного плана лечения или несоблюдение сроков лечения на любом этапе является поводом для аннулирования Исполнителем гарантий на все ранее полученные результаты медицинских услуг.

Я понимаю, что в случае возникновения описанных выше осложнений, обусловленных реакциями моего организма и/или аллергией, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Я осознаю, что длительное заживление послеоперационной раны, ее инфицирование, частичное или полное расхождение швов, воспалительный процесс в гайморовой пазухе, образование послеоперационных рубцов, раскручивание винта на имплантате или формирователя десны, выкрашивание элементов костно-замещающих материалов из раны, прорезывание частей фиксирующих винтов, пинов и мембран, неприживание, частичное или полное рассасывание мягкотканого или костно-пластического материала считаются особенностями проведения хирургических вмешательств и не являются существенными недостатками предоставленных медицинских услуг.

Я получил(а) на руки инструкцию по пользованию имплантатами и обязуюсь после завершения протезирования ежедневно не реже двух раз в день использовать ирригатор полости рта для самостоятельной гигиены, а также проходить процедуру профессиональной гигиены не реже 1 раза в 6 месяцев.

Врач объяснил мне, что после операции по дентальной имплантации, костной пластики и пластики мягких тканей: в течение 14-21 суток не рекомендуется заниматься активным физическим трудом; в течение 2-4 часов не рекомендуется пить и принимать пищу; в течение первых 5 суток после операции принимать пищу на поврежденной стороне, принимать горячую пищу и напитки; в первые три дня 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. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков. Врачом может быть рекомендовано полоскание ротовой полости дезинфицирующими (антисептическими) растворами и медикаментозное лечение. Мне разъяснено и понятно следующее: если врач не назначил полоскания (ротовые ванночки) и/или медикаментозное лечение, я не должен(на) выполнять их без согласования с врачом, так как это может ухудшить мое состояние.

Я понимаю, что мне необходимо явиться на осмотр в сроки, назначенные врачом, а также повторно проконсультироваться с врачом-ортопедом с целью дальнейшего восстановления зубного ряда.

Я понимаю, что должен(а) незамедлительно информировать лечащего врача обо всех случаях возникновения перечисленных в пункте 3 настоящего согласия состояний, осложнений, аллергии, перенесенных ранее заболеваниях, 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.

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 №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" (Собрание законодательства РФ, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 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 имплантации и костной и мягкотканой пластики, на которые, я получил (а) исчерпывающие и понятные мне ответы и разъяснения.

У меня было предостаточно 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]