

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 ЛЕЧЕНИЕ ПОВЕРХНОСНОГО И/ ИЛИ СРЕДНЕГО КАРИЕСА

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 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» для проведения стоматологического лечения и соглашаюсь с тем, что мне стоматологический прием будет проводить врач-стоматолог центра семейной стоматологии ООО «Виола» [TREAT.DFULLNAME].

В исключительных случаях (например, болезнь врача ли 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, кариес зуба (ов) и необходимости их лечения в соответствии с согласованным со мной планом лечения.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и предварительного плана лечения и понимаю, что при данной клинической ситуации очень сложно поставить точный диагноз о степени кариозного поражения зуба (зубов) и спланировать соответствующее лечение, не прибегая к вмешательству. Окончательное решение по плану лечения врач может принять только после того, как проведёт препарирование и удалит все поврежденные кариесом ткани зуба.

Я понимаю, что кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали зуба, в действительности может оказаться больше, а, следовательно, увеличится площадь обработки зуба (снятия пораженных тканей), а также объем его восстановления (пломбирования).

Я так же понимаю, что кариозное поражение, которое кажется «небольшой дырочкой», может при обработке зуба оказаться значительной полостью, а, следовательно, потребуются реставрация (восстановление) значительной части зуба или постановка коронки или вкладки (при необходимости).

Процедура лечения кариеса имеет своей целью оздоровление полости рта, продление срока службы зубов и заключается в удалении пораженных кариесом тканей зуба, обработке подготовленной полости медицинскими препаратами для снятия чувствительности и закрепления прилегания пломбировочного материала, внесении пломбировочного материала, шлифовке и полировке пломбы по прикусу.

Я понимаю, что стоимость лечения зависит от того, какой пломбировочный материал будет мной выбран и от размера пораженного участка зуба (зубов).

Я информирован(а) о возможных альтернативных вариантах лечения, в том числе об удалении пораженного зуба.

Я осведомлен(а) о последствиях полного или частичного отказа от данного лечения, а именно прогрессирующее кариеса, развитие его осложнений, в том числе воспаление пульпы, периодонтит, появление либо нарастание болевых ощущений, потеря зуба (зубов), нарушение общего состояния организма.

Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения.

Я информирован(а) о всех возможных осложнениях, которые могут произойти как во время так и после лечения, в том числе: воспаление пульпы вследствие проникновения бактерий, если слой дентина тонкий или повреждается в процессе обработки зуба, в этом случае потребуются лечение корневых каналов; возобновление кариозного процесса по прошествии какого-то времени, что может потребовать повторное лечение;

Мне разъяснена необходимость применения обезболивания (местной инъекционной анестезии) с целью обезболивания медицинских манипуляций. 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 мин 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 в редких случаях 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 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 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.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков.

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 овещественные 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(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) 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(а), 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 лечения кариеса и даю свое согласие приступить к лечению, на предложенных мне условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / [CLIENT.FULLNAME]

Подпись врача: _____ / [TREAT.DFULLNAME]

[BDate]

Семейной стоматологии ВИАЛА
violafamilydent.ru

ВИАЛА