

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 ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЪЕМНЫМИ АППАРАТАМИ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПАЦИЕНТОВ

Этот документ свидетельствует о том, что в соответствии со ст.19-23 Федерального закона N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», одним из условий оказания медицинской стоматологической помощи является наличие информированного добровольного согласия (ИДС) пациента (или его законного представителя) на ее получение. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского стоматологического вмешательства.

Я, [REPRES.FULLNAME] [REPRES.BDATE] г.р. [REPRES.PASSP_FULL], зарегистрирован по адресу: [REPRES.ADDR_REG], являюсь законным представителем ребенка [CLIENT.FULLNAME] [CLIENT.BDATE] г.р. 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 или других непредвиденных ситуациях) центр семейной стоматологии ООО «Виола» может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом не менее чем за 12 часов до приема и получив мое устное Согласие.

Я, в доступной и понятной для меня форме, информирован (а) врачом о диагнозе у моего ребенка _____, и необходимости в ортодонтическом лечении с использованием съемных ортодонтических аппаратов, в соответствии с предварительным планом лечения.

Врач мне понятно объяснил, что ортодонтическое лечение проводится в целях лечения и профилактики зубочелюстных патологий, в том числе исправления прикуса, способствует нормализации положения отдельных зубов, формы и размера зубных рядов, коррекции прикуса и является эффективным способом устранения дефектов и аномалий положения отдельных зубов, зубных рядов, прикуса, нормализации жевания и улучшению эстетики лица.

Я ознакомлен(а) с положением об обязательном присутствии в центре семейной стоматологии ООО «Виола» родителей и (или) лиц, их замещающих, при наличии нотариальной доверенности, для проведения любых медицинских стоматологических процедур моему ребенку.

Мне понятно, что цели ортодонтического лечения у детей достигаются воздействием ортодонтических съемных аппаратов на зубы, периодонт, и костную ткань челюстей. Съемные аппараты применяются для осуществления расширения или сужение зубной дуги; перемещения, поворота зубов; коррекции неправильного положения челюстей. В некоторых случаях для успешного ортодонтического лечения может потребоваться установка временных ортодонтических имплантатов, ортогнатическая хирургия, удаление зубов, пластика уздечек и преддверия полости рта, хирургические операции со слизистой и костной тканью. Все дополнительные манипуляции, которые могут потребоваться, будут согласовываться со мной. На них мне будут предоставлены отдельные информированные добровольные согласия, содержащие всю информацию об этих манипуляциях. Основные виды съемных ортодонтических аппаратов:

Трейнер или LM-активатор - стандартно выпускаемая двучелюстная силиконовая капа для раннего ортодонтического лечения. Производится в различных модификациях и размерах, поэтому ортодонт легко подобрать нужную конкретному пациенту модель. LM-активатор предназначен для выравнивания зубного ряда, установления челюстей в правильные позиции.

Аппарат Твин-блок – индивидуально изготавливаемый в лаборатории межчелюстной съемный ортодонтический аппарат. Он состоит из двух пластин, которые удерживаются на зубах верхней и нижней челюсти пружинами-кламперами. Используется для лечения дистального прикуса, когда у

пациента чрезмерно выдвинута верхняя челюсть. Может дополняться по необходимости различными индивидуальными элементами. В процессе лечения ортодонт время от времени корректирует направление и силу воздействия направляющих дуг. При помощи Твин-блока корректируют чрезмерный наклон зубов, щели при смыкании, открытый прикус и глубокое резцовое перекрытие во фронтальном отделе.

Ортодонтическая пластинка - индивидуальный аппарат, который в зависимости от своей конструкции, решает разные ортодонтические задачи. Лечебный эффект пластинки обусловлен воздействием на зубы металлической проволоки. Благодаря строго индивидуальной подгонке пластин под анатомические особенности конкретного пациента, они прилегают к челюсти максимально плотно. Пластинки бывают разных видов – для верхней и нижней челюсти, расширяющие с винтом и обычные - без. Удерживаются на зубах при помощи пружин-кламмеров. Расширяющая пластинка с винтом снабжена специальным винтовым механизмом. При повороте винта ее каркас немного раздвигается, что заставляет челюсть ребенка расширяться, при этом возможны временные болевые ощущения. Изготавливают пластинки в зуботехнической лаборатории для конкретного пациента. При помощи пластинок можно перемещать и поворачивать зубы, изменять форму челюсти и ширину неба, расширять или сужать зубную дугу. При этом пластинка не оказывает чрезмерной нагрузки на челюсть, а возможность травмирования дёсен и зубов полностью исключена.

Мне понятно, что некоторые виды съемных ортодонтических аппаратов (например, трейнеры) выпускаются серийно и подбираются пациенту по размеру; другие изготавливаются по индивидуальному заказу в зуботехнической лаборатории на основе диагностических моделей, из пластмассы, силикона и других материалов.

Врач объяснил мне, что ортодонтическое лечение у детей может состоять из следующих этапов:

Диагностический этап: осмотр, опрос, при необходимости - изготовление оттисков (слепков) челюстей, биометрический анализ моделей челюстей, рентгенографическое исследование, расчёт конструкции аппарата, составление плана лечения. Я предупрежден(а), что для успешного лечения некоторых зубочелюстных аномалий у детей, в частности «скученности зубов», необходимо создание дополнительного пространства за счет удаления некоторых зубов – например, третьих моляров («зубов мудрости»).

Подготовительный этап: санация полости рта, включая фторирование, снятие зубного камня, лечение детских зубов с последующей реминерализующей терапией. При необходимости, по согласованию со мной, могут быть проведены хирургические манипуляции, включая удаление зубов. На все манипуляции мне будут предоставлены отдельные информированные добровольные согласия, содержащие всю информацию.

Основной (лечебный) этап: изготовление, фиксация съемного аппарата, регулярное наблюдение и коррекция. Мне в доступной форме было разъяснено и понятно, что длительность этого этапа варьируется от 6 месяцев до 5 лет. Чаще срок этого этапа составляет от 1,5 до 3 лет.

Ретенционный этап: стабилизация результатов лечения. В качестве ретенционного аппарата возможно использование, собственно, ортодонтического аппарата, а также возможно изготовление нового съемного или несъемного, одно- или двучелюстного. Такие аппараты изготавливаются по типу описанных выше ортодонтических аппаратов. Также возможно применение на этом этапе некоторых видов временного шинирования зубов. Ретенционный этап может длиться как несколько лет, так и пожизненно – в зависимости от показаний. Ретенционный аппарат представляет из себя металлические дуги (проволоки), изготовленные в лаборатории индивидуально для пациента, которые фиксируются на челюсти. Как правило, ортодонт фиксирует ретенционный аппарат на внутреннюю поверхность зубов обеих челюстей. Ретенционный аппарат подлежит замене – ориентировочно 1 раз в 2-3 лет. Частота замены аппарата определяется по показаниям и дополнительно оплачивается пациентом с его согласия.

Я понимаю, что невозможно точно установить сроки лечения ввиду непредсказуемой реакции организма ребенка на проведение медицинского вмешательства и возможной необходимости изменения или коррекции первоначального плана лечения в процессе выполнения работ.

Врач ортодонт понятно объяснил мне необходимость строго следовать рекомендациям, чтобы избежать возможных осложнений. Для того, чтобы врач мог постоянно контролировать положение ортодонтической аппаратуры и ход лечения я обязуюсь следить за ребенком и выполнять все рекомендации и предписания врача, особенно в части своевременных и регулярных визитов на назначенный прием (не реже 1 раза в 3-4 недели), следить за соблюдением тщательной гигиены полости рта моего ребенка.

Выбор ортодонтической аппаратуры, материалов и методов ортодонтического лечения, 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. Альтернативными методами лечения являются: удаление зубов с последующим съемным и/или несъемным протезированием; отсутствие лечения как такового. Совместно с врачом я имел(а) возможность выбрать из всех вариантов лечения наиболее рациональный в нашем клиническом случае вариант. Я понимаю, что альтернативные хирургические варианты лечения могут быть использованы при недостижении эффекта от ортодонтического лечения зубов.

Лечащий врач объяснил мне, что, если я не желаю проводить ортодонтическое лечение моему ребенку, я могу отказаться от него. Мне понятны негативные последствия, которые могут наступить для здоровья моего ребенка в случае такого отказа: дальнейшее усугубление нарушений прикуса; перегрузка отдельных зубов с их неконтролируемым перемещением и разрушением, прогрессирующее стираемость зубов; появление (усугубление) лицевой асимметрии; появление дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС); избыточное перемещение, излишняя подвижность зубов, усиление зубоальвеолярных деформаций; заболевания пародонта; опускание десны (оголение шейки зубов); частичное рассасывание верхушек корней зубов; появление болей, дискомфорта и иные неблагоприятные последствия. В случае отказа от лечения и/или его прерывании по инициативе (вине) ребенка я самостоятельно несу риск наступления перечисленных неблагоприятных последствий.

Я понимаю, что ортодонтическое лечение 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 не могут быть исключены. Мне понятно, что в период манипуляций в полости рта у детей (анестезии, обработки зубов, снятия оттисков, корректировке прикуса, фиксации ортодонтической аппаратуры) возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функции глотания и речи. Также возможна повышенная чувствительность зубов после их пришлифовки. При наличии психомиофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к аппаратам, чувства тошноты, нарушений функций речи, жевания, глотания, поломок ортодонтической аппаратуры. Возможными осложнениями лечения на разных этапах ортодонтического лечения вследствие ряда причин, независящих от врача являются: нарушения эмали зубов (появление пятен, кариеса, повышение чувствительности зубов); воспаление десны (кровоточивость, отечность) – вследствие плохой гигиены полости рта, снижения иммунитета или изменения гормонального фона; избыточное перемещение, излишняя подвижность зубов, усиление зубоальвеолярных деформаций – вследствие несвоевременной явки к врачу, отказа от рекомендованного плана лечения или заболеваний пародонта; невозможность перемещения зуба – вследствие горизонтального расположения зуба в кости или сращение корня зуба с окружающей тканью; усиление опускания десны – вследствие начальных признаков этого процесса до начала лечения; рассасывание верхушек корней – вследствие гормональных нарушений, неконтролируемого использования ортодонтического аппарата; нарушение речевой функции – временно, на период ортодонтического лечения; поломка аппарата и попадание его частей в дыхательные пути или желудочно-кишечный тракт – вследствие нарушений рекомендаций врача, режима использования аппарата (жевание грубой пищи, раскусывание орехов, ношение съемного аппарата в бассейне и др.) частичная или

полная потеря достигнутого результата – вследствие несоблюдения требований к закрепляющему периоду лечения, невыполнения рекомендаций врача (например, удалить зачатки зубов «мудрости»), несвоевременного обращения к врачу при поломке аппарата. Я предупрежден(а) врачом о том, что осложнением лечения могу быть: очаговая деминерализация тканей зуба, откол эмали, травматический периодонтит, вывих зуба, гингивит, травмы и гиперпластические изменения слизистой оболочки, контактная аллергия, резорбция корней зубов и костной ткани, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, рецидив аномалии. Общее состояние, возраст, пол и использование медикаментов также может оказывать влияние на сроки и результаты ортодонтического лечения. Ортодонтические аппараты могут способствовать появлению дефектов речи. Любое изменение речи, вызванное использованием ортодонтических аппаратов, должно исчезнуть в течение нескольких недель. Прикус может изменяться во время лечения и вызвать временный дискомфорт, возможны болевые ощущения. По окончании лечения может потребоваться улучшение окклюзионных взаимоотношений, лечение кариозных поражений, протезирование ортопедическими конструкциями. 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 объяснили, что противопоказаниями к ортодонтическому лечению съёмными аппаратами у детей является: патология иммунной системы (тяжелые инфекции и т.п.); болезни крови (лейкозы, лимфогранулематоз) 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 здоровья моего ребенка (перенесенные операции, заболевания, беременность, принимаемые лекарственные средства, аллергические реакции и т.п.). Я осознаю, что, если скрыл(а) какую-то информацию о его здоровье, я самостоятельно несу за это ответственность, и понимаю, что это может негативно сказаться на результатах (сроках, стоимости) лечения.

Мне понятно, что ожидаемым результатом ортодонтического лечения является достижение правильного положения зубов и нормализация прикуса моего ребенка. Я понимаю, что эстетическая оценка результатов лечения, связанная с изменением во внешнем виде, субъективна, поэтому чисто эстетическая неудовлетворенность результатом лечения не может быть основанием для предъявления претензий. Я информирован(а) о необходимости регулярных осмотров у лечащего врача в течение ортодонтического лечения не реже 1 раза в 3–4 недели и по окончании лечения, когда ребенок будет пользоваться ретенционным аппаратом, – не реже 3 раз в год. Я понимаю значение гигиены полости рта у моего ребенка при ортодонтическом лечении и обязуюсь приводить ребенка на процедуры профессиональной гигиены не реже 4 раз в год. Я информирован(а) о необходимости использования ретенционных аппаратов, их видах, и возможной продолжительности ретенционного периода с целью закрепления результатов лечения у моего ребенка. Мне разъяснили, и я понял(а), что в связи с непредсказуемостью дальнейшего развития зубочелюстной системы у детей и возрастными изменениями жевательного аппарата, установление гарантийных сроков на ортодонтическое лечение невозможно.

Я понимаю, что должен(а) незамедлительно информировать врача ортодонта обо всех случаях возникновения перечисленных в настоящем согласии состояний (осложнений) у моего ребенка, 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 высказывать все жалобы.

Я согласен (на) с тем, что, если я не буду следить за ребенком, и следовать изложенным в настоящем документе рекомендациям, врач оставляет за собой право снять ортодонтическую аппаратуру на любом этапе лечения при плохой гигиене полости рта (определяется индексом гигиены) с целью недопущения ухудшения состояния здоровья моего ребенка. В этом случае деньги за проведенный объем лечения возвращены не будут. 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 облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте моего ребенка 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 №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 медицинской помощи моему ребенку, 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 детского 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 детского 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 понимаю необходимость контроля качества проведенной процедуры и обязуюсь приводить ребенка на контрольные осмотры в назначенное время.

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 и персональных данных моего ребенка, 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 и персональных данных моего ребенка 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 интересах моего ребенка.

Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы об условиях, способах и методах ортодонтического лечения у детей съемными аппаратами, 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 заболевании моего ребенка без указания имени и фамилии, фотографии и видео его (ее) зубов (без лица) и полости рта в научных и учебных целях, для оценки качества ортодонтического лечения съемными аппаратами, публикации на сайте клиники, а также предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных услуг моему Страховщику.

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

Я внимательно ознакомился (-лась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской амбулаторной карты (истории болезни) моего ребенка, договора на оказание 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 законного представителя: _____ / [REPRES.FULLNAME]

Подпись врача ортодонта: _____ / [TREAT.DFULLNAME]

[BDate]

Центр семейной стоматологии ВИОЛА
violafamilydent.ru