

ОГРН/ОГРНИП/ОГРНИС: 1172468026620
ИНН/КПП: 2466181116
Юридический адрес: 660043, Красноярский край, г. Красноярск, ул. Дмитрия Мартынова, дом № 43, помещение 195
Телефон: 242-02-02
Email: viola21042017@mail.ru

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 ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ ГИГИЕНУ ПОЛОСТИ РТА (ЗУБОВ)

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

Я, [CLIENT.FULLNAME] [CLIENT.BDATE] г.р. паспорт: [CLIENT.PASSP_FULL], зарегистрирован по адресу: [CLIENT.ADDR_REG], добровольно соглашаюсь на проведение мне профессиональной гигиены полости рта 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.

Мне разъяснено, что данный документ содержит для меня информацию о сути предстоящего медицинского вмешательства, его особенностях, возможных альтернативных вариантах, последствиях и рисках развития осложнений или неполучения полезного результата с целью предоставления возможности мне сделать свой информированный выбор.

Мне понятна цель профессиональной гигиены полости рта, которая включает удаление с поверхности зубов мягких и твердых зубных отложений, что способствует предотвращению развития воспалительных заболеваний пародонта и поражения зубов кариесом.

Мне понятна, что профессиональной гигиены полости рта это серия манипуляций, которые включают в себя контролируруемую врачом чистку зубов, механическое удаление над- и поддесневых зубных отложений, посредством скейлинга, чистки AirFlow (пескоструйное удаление зубных отложений), полировки корня шлифовку и полировку зубов, аппликации реминерализирующих и фторсодержащих средств (по показаниям).

При удалении зубных отложений (зубной камень, мягкий зубной налет) проводится обработка полости рта раствором антисептика, при выраженной повышенной чувствительности зубов и отсутствии общих противопоказаний удаление зубных отложений проводится под местным обезболиванием.

Для удаления налета и полирования поверхностей зубов используют устройства с водно-порошковой струей, ультразвуковые аппараты, резиновые колпачки, щеточки, ершики, резиновые конусы, суперфлоссы, флоссы и абразивные полоски. Поверхность зубов остается гладкой, особенно при дополнительной полировке, т.к. чем более гладкой будет поверхность эмали, тем труднее налету будет на ней задерживаться в дальнейшем.

Процедура занимает около часа времени. Сроки сохранения этого эффекта зависят от глубины расположения налета на зубах вследствие индивидуальных особенностей зубной эмали, причин образования зубного камня, качества гигиены полости рта, особенностей питания, приема лекарственных препаратов, минерального состава слюны, а также от наличия патологических зависимостей (в частности, курения), индивидуальных особенностей организма и возраста пациента.

Устранить изменение цвета зубов, которое обусловлено кариозными изменениями или последствиями предшествующего стоматологического лечения, с помощью профессиональной гигиены невозможно.

_____ согласен (а), ознакомлен (сна)

В дальнейшем, для сохранения положительного эффекта, достигнутого в процессе профессиональной гигиены полости рта, профилактики появления и развития зубного налета и зубного камня рекомендуется тщательно проводить гигиену полости рта в домашних условиях согласно рекомендациям врача.

Периодичность проведения профессиональной гигиены зависит от гигиенического состояния полости рта пациента, интенсивности кариеса зубов, состояния тканей пародонта, наличия несъемных и съемных зубных протезов и ортодонтической аппаратуры. Частота ее проведения определяется врачом-стоматологом, на профилактических осмотрах и плановых приемах, и может проводиться 2 - 4 раза в год.

Мне понятно, что альтернативой профессиональной гигиене полости рта является соблюдение надлежащей гигиены силами самого пациента.

Мне понятно, что во время профессиональной гигиены полости рта, так же после процедуры возможны: ощущение дискомфорта в полости рта, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего врач может назначить лекарственные препараты, если сочтет это нужным; возможно травмирование десны, развитие кровоточивости, воспаления в области десны; повышение чувствительности зубов к химическим и термическим раздражителям; микроповреждение эмали зуба, пломб и ортопедических конструкций; редко, но всё же встречается такое осложнение как воздушная эмфизема – проникновение воздуха в мягкие ткани; существует вероятность индивидуальной непереносимости и(или) аллергической реакции организма на медикаментозные препараты и материалы, _____

Профессиональная гигиена полости рта может занимать одно или более посещений. Проведение профессиональной гигиены не дает гарантии, что зубы не подвергнутся кариозному разрушению или обострению хронического процесса в будущем, поскольку воспалительные процессы в тканях зубов и окружающих тканях зависят не только от наличия зубных отложений.

Врач понятно объяснил мне, в чем будет заключаться предложенное лечение и все возможные осложнения предложенного лечения и последствия, которые могут возникнуть как во время лечения кариеса депульпированного зуба и после его окончания, а именно _____

Мне разъяснена необходимость применения 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 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, отечность десны, 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 или антибиотиков.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также

_____ согласен (а), ознакомлен (сна)

обо всех имеющихся у меня заболеваниях и понимаю, что впервые возникшую аллергию предсказать невозможно.

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, исключить осложнения после лечения, поэтому значительно ограничит гарантийный срок. Я информирован(а) 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 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 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 профессиональной чистке зубов, 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

_____ согласен (а), ознакомлен (сна)

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 профессиональной гигиены полости рта, на которые, я получил (а) исчерпывающие и понятные мне ответы и разъяснения.

Меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги. Дополнительные условия мною не выдвигаются.

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 предстоящей профессиональной гигиены полости рта и даю свое согласие приступить к профессиональной гигиене, на предложенных мне условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

_____ согласен (а), ознакомлен (сна)

Подпись пациента: _____ / [CLIENT.FULLNAME]

Подпись врача: _____ / [TREAT.DFULLNAME]

[BDate]

Центр семейной стоматологии ВИОЛА
violafamilydent.ru

_____ согласен (а), ознакомлен (сна)