

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 ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ С ОПОРОЙ НА ДЕНТАЛЬНЫЕ ИМПЛАНТАТЫ

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 предстоящего лечения, а именно протезирования с опорой на дентальные импланты. 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 ортопедического лечения и соглашаюсь с тем, что прием мне будет проводить врач-стоматолог ортопед [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.

Мне понятен мой диагноз: Частичная адентия, и необходимость восстановления отсутствующих зубов, одним из методов лечения, при данном диагнозе, является протезирование на имплантах в области _____ зубы, в соответствии с согласованным со мной планом.

Мне понятна цель ортопедического лечения частичной адентии с опорой на дентальные имплантаты, это восстановление основной функции зубочелюстной системы (пережевывание пищи) и эстетической целостности зубного ряда.

Врач ортопед центра семейной стоматологии ООО «Виола» понятно мне объяснил, что протезирование будет выполняться врачом в соответствии с «Клиническими рекомендациями (протоколами лечения) при диагнозе частичная адентия», «Клиническими рекомендациями (протоколами лечения) при диагнозе полная адентия», 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. Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания (заболевания пациента, законным представителем которого я являюсь) и предварительного плана лечения.

При несъемном протезировании на имплантатах применяются временные и постоянные искусственные коронки и/или мостовидные протезы (металлокерамические, цирконевые, металлические, металлопластмассовые, пластмассовые как временный вариант). Выбор материала определяет пациент исходя из своего бюджета, врач может только рекомендовать какой-либо вариант по медицинским и эстетическим показаниям.

Протезирование несъемной ортопедической конструкцией с опорой на имплантаты включает: обследование, планирование, подготовку к протезированию (санация полости рта, установка имплантантов), само непосредственное протезирование (снятие оттисков, изготовление протеза в зуботехнической лаборатории, примерка, согласование формы и цвета протеза, подписание акта-согласования ортопедической конструкции и окончательная фиксация несъемной ортопедической конструкции в полости рта, обучение гигиене и рекомендации по пользованию несъемной ортопедической конструкцией с опорой на имплантатах).

Я ознакомлен(а) с планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и планом самого протезирования, с возможными альтернативными вариантами протезирования, которые будут иметь меньший клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение жевательного аппарата). Совместно с врачом я

_____ ознакомлен (а), согласен (-сна)

имел(а) возможность выбрать из всех вариантов лечения наиболее рациональный вариант. Я понимаю, что для достижения оптимального результата необходимо строго следовать этапам протезирования, а также строго соблюдать сроки плана лечения, прежде чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность осложнений.

Врач ортопед центра семейной стоматологии ООО «Виола» объяснил мне, что, если я не желаю проводить протезирование несъемными протезами с опорой на имплантаты, я могу отказаться от его проведения. Последствиями отказа от лечения могут быть: прогрессирующее зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирующее заболевание пародонта, быстрая утрата зубов остаточного прикуса, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта; неврологическая патология; появление либо нарастание болевых ощущений; прогрессирующее имеющихся у меня заболеваний (в том числе общих), развитие инфекционных осложнений, а также системные проявления заболеваний. Я понимаю, что иногда невозможно точно установить сроки лечения ввиду непредсказуемой реакции организма человека на проведение медицинского вмешательства и возможной необходимости изменения или коррекции первоначального плана лечения.

Я проинформирован (а) врачом ортопедом о том, что пожелания по поводу размера, цвета в формы моих зубных протезов я должен(а) буду высказать до изготовления протеза. Я понимаю, что требования по изменению цвета, формы и вида протезов после изготовления является новой платной услугой и не входит в стоимость первоначального лечения.

Врач объяснил мне, и я понял(а) возможные осложнения, которые могут иметь место во время и после лечения: сколы облицовки протезов из-за неправильного использования; перелом протезов с попаданием их элементов в желудочно-кишечный тракт и дыхательные пути; изменение цвета протезов; отечность десны или лица после лечения; микротравмы десны; ощущение дискомфорта, болевые ощущения; аллергические реакции на инструмент и материалы, применяемые в процессе лечения; отёки слизистой оболочки рта, зуд, гиперемия, повышение кровоточивости дёсен; при получении отгисков - рвотный рефлекс, асфиксия материала, экстракция зубов с патологической подвижностью, расцементировка старых конструкций; появление запаха изо рта и образование налёта на протезах из-за несоблюдения гигиены полости рта и рекомендаций врача.

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 осведомлена(а), что патологии височно-нижнечелюстных суставов, нейрмиофункциональные расстройства и/или бруксизм могут привести к сколам (поломкам) протеза и/или его частей. Я понимаю, что наличие сопутствующих заболеваний (включая указанные) и индивидуальных особенностей организма гарантийным случаем не являются и устраняются при наличии такой возможности с согласия пациента за отдельную плату.

Мне разъяснено, что протезирование является вмешательством в биологический организм и, как любое медицинское вмешательство, не всегда может обеспечить пожизненное сохранение результата лечения, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов протезирования, так как полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного аппарата (аналогично повторному росту зубов в течение жизни). Зубочелюстная система подвергается регрессивным изменениям (как при наличии протеза, так и без него, но в последнем случае гораздо быстрее), которое проявляется в рецессии десны, атрофии костной ткани челюсти, стираемости и разрушении твердых тканей зубов. Я понимаю, что через какое-то время, которое зависит от скорости протекания изменений в организме, может возникнуть необходимость коррекции протеза либо повторного протезирования. Я уведомлен(а), что появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов после окончания лечения не является гарантийным случаем, поскольку подобное осложнение предсказать до начала лечения невозможно. Подобные явления не являются следствием неправильного лечения,

а замена конструкций с целью устранения явлений гальванизма и аллергии осуществляется за дополнительную плату.

Врач объяснил мне, что многократные примерки и коррекции протезов в процессе и после их изготовления (необходимые для индивидуализации и получения наилучшего результата протезирования), раскручивание фиксирующей ортопедической конструкции на имплантатах винта, нарушение фиксации постоянных и временных конструкций, шлифовка готовых протезов по прикусу, расцементировка коронок являются конструктивной особенностью ортопедических конструкций и не относятся к существенным недостаткам оказанных услуг. Выбирая искусственную ортопедическую конструкцию с опорой на имплантаты, я соглашаюсь на присущие ей вероятные эстетические и функциональные конструктивные особенности использования: ретенция (застывание) пищи, наличие шахт для доступа к винтам, а также возможные неудобства при пользовании протезом _____ (отсутствие разделения между спаянными коронками в составе мостовидных конструкций и чувствительности к сжатию зубов, изменение всех видов чувствительности, перекрывание частями протеза слизистой оболочки полости рта).

Я понимаю, что противопоказаниями к протезированию на имплантатах является: патология иммунной системы (тяжелые инфекции и т.п.); острые инфекционные заболевания; 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 моего здоровья (здоровья пациента, законным представителем которого я являюсь): 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 ожидаемый мною результатами ортопедического лечения является: восстановление основной функции зубочелюстной системы (пережевывание пищи) и эстетической целостности зубного ряда. 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. Мне понятно, что итоговый результат протезирования может отличаться от ожидаемого мною и что искусственные протезы зубов эстетически могут отличаться по форме, цвету и прозрачности от своих зубов и других искусственных конструкций в ротовой полости, особенно при различном освещении, что не является следствием некачественно предоставленной медицинской услуги, а обусловлены конструктивными особенностями материалов и иными обстоятельствами, не зависящими от Исполнителя.

Я подтверждаю, что врач провел для меня обучение уходу за протезами и полостью рта. Я понимаю значение гигиены полости рта при ортопедическом лечении и обязуюсь проводить процедуры профессиональной гигиены у стоматологического гигиениста не реже двух раз в год или с иной частотой, установленной лечащим врачом.

Я поставлен(а) в известность о том, что установление гарантийных сроков на овеществленные результаты медицинской услуги возможно только в индивидуальном порядке, и что если гарантийный срок письменно в документах не установлен, то он исчисляется согласно Положению о гарантиях в клинике Исполнителя, с которым я был ознакомлен(а) до начала лечения.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. 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

_____ ознакомлен (а), согласен (-сна)

сохраняться в течение нескольких дней и дольше. 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 обо всех имеющихся у меня заболеваниях.

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 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 понимаю необходимость контроля качества проведенной процедуры и обязуюсь приходить 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, 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 лечения частичной адентии несъемными ортопедической конструкцией с опорой на дентальные имплантаты, 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]

_____ ознакомлен (а), согласен (-сна)