

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 С ПРИМЕНЕНИЕМ СЕДАЦИИ (ЗАКИСЬ АЗОТА) ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО ПАЦИЕНТА

Этот документ свидетельствует о том, что центр семейной стоматологии ООО Виола строго руководствуется Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», современными нормами медицинской этики, действующими в передовых странах мира. Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия законного представителя пациента (пациента).

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 моему ребенку и даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство: лечение с применением седации.

Я ознакомлен (а) с положением центра семейной стоматологии ООО «Виола» об обязательном присутствии родителей или законного представителя, при наличии нотариальной доверенности, для проведения любых медицинских стоматологических манипуляций моему ребенку.

Мне сообщена, разъяснена врачом центра семейной стоматологии ООО «Виола» и понятна информация о сути медицинского вмешательства моему ребенку и поставленном предварительном диагнозе:

Мне разъяснен и понятен предварительный план лечения, включающий ожидаемый результат, риск и виды альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, а также необходимые дополнительные исследования, врачебные процедуры и манипуляции.

Я соглашаюсь с тем, что врач не может предсказать эмоциональную реакцию ребенка на выполнение стоматологических манипуляций, в связи с индивидуальным психо-эмоциональным состоянием ребенка, поэтому невозможно точно предсказать длительность лечения, количество необходимых посещений, возможность завершения планируемого лечения во время.

Я понимаю, что у маленьких детей трудно провести местное обезболивание, альтернативой является общее обезболивание, комбинированное анестезиологическое пособие или седация.

Мне, детский стоматолог, понятно объяснил, что методы медицинской седации являются хорошо изученными, безопасными и часто применяемыми в детской стоматологической практике процедурами. Седация – это медикаментозное введение пациента в состоянии поверхностного сна при стоматологическом лечении. При этом происходит минимальное торможение сознания пациента, не утрачивается способность выполнять рекомендации стоматолога и сохраняется самостоятельное дыхание на протяжении всей процедуры.

Проведение лечения с применением седации является более безопасной и комфортной процедурой, чем обычное стоматологическое лечение с применением местной анестезии. Поскольку седация не угнетает сознание, для полного обезболивания необходимо выполнить также местную анестезию.

Седация проводится в виде вдыхания смеси кислорода со специальным медицинским препаратом (закись азота или севоран). Седация обеспечивает пациенту не только успокоение и расслабление, но и значительное снижение болевых ощущений, подавление рвотного рефлекса. Меня информировали о том, что перед седацией нельзя кормить и поить ребенка за 4 часа до назначенного времени.

Я понимаю, что выбор препаратов и методики проведения седации остается за врачом, и что по ходу седации может возникнуть необходимость в изменении тактики лечения или проведении дополнительных процедур.

_____ ознакомлен (а), согласен (-сна)

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

Я понимаю, что 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 зависимости от вида анестетика или индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания или временном ощущении припухлости.

Мне разъяснили, и я понимаю, что введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения или гематомы, отечности десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше, и др.

Я подтверждаю, что проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии у моего ребенка к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пылицы цветов.

Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов по особенностям здоровья моего ребенка, сообщил(-а) достоверные сведения о наследственности, а также, обо всех имеющихся у моего ребенка заболеваниях.

В доступной форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи с применением седации, 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 о вещественные результаты оказанных услуг, о правилах использования установленных стоматологических конструкций.

Я понимаю необходимость информирования лечащего врача обо всех случаях аллергии у моего ребенка, о наличии всех имеющихся у него заболеваний, травм и ранее выполненных операций.

Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения моего ребенка, 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 у моего ребенка. Я имел возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил (а) на них понятные мне 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.

_____ ознакомлен (а), согласен (-сна)

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, о которых я уведомлен в Информированном согласии, которые возникли вследствие естественных изменений организма моего ребенка 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 организма моего ребенка, 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 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 несовершеннолетнего 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 своих интересах. Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы об условиях, способах и методах предстоящего лечения моего ребенка, 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 заболевании моего ребенка, без указания имени и фамилии, а также использовать фотографии и видео его зубов (без лица) и полости рта в научных и учебных целях, для оценки качества лечения, публикации на сайте клиники, а также предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных услуг моему Страховщику.

Я разрешаю сообщать информацию о 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 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 моего ребенка с применением седации и даю свое согласие приступить к лечению, на предложенных мне условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись законного представителя: _____ / [REPRES.FULLNAME]

Подпись врача: _____ / [TREAT.DFULLNAME].
[BDate]

_____ ознакомлен (а), согласен (-сна)