

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 СЪЕМНОЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

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 предстоящих мне медицинских услугах и, я согласен (согласна) с названными мне условиями их проведения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского стоматологического приема.

Я, [CLIENT.FULLNAME] [CLIENT.BDATE] г.р. паспорт: [CLIENT.PASSP_FULLL], 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: Адентия, и один из методов лечения, при данном диагнозе, протезирование съемной конструкцией, а именно _____, с опорой на _____ зубы, в соответствии с согласованным со мной планом.

Я получила(а) подробные и понятные мне объяснения по поводу моего заболевания и рекомендованных планов лечения.

Мне понятна цель съемного протезирования, это установка искусственных зубов вместо утраченных, для восстановления основной функции зубочелюстной системы (пережевывание пищи), целостности зубного ряда и эстетически.

Я ознакомлен(а) с планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и планом самого протезирования, с возможными альтернативными вариантами протезирования, в том числе протезировании несъемными конструкциями и протезированием на имплантатах, которые, в моем случае, будут иметь лучший клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение жевательного органа), но недоступны мне по финансовым причинам или медицинским показаниям.

Съемное протезирование будет выполняться врачом центра семейной стоматологии ООО «Виола» 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.

Мне понятно, объяснили, что съемное протезирование зубов – это восстановление функций одного зуба, нескольких зубов или целого зубного ряда при помощи съемных стоматологических конструкций. Съемное протезирование отличается тем, что протезы можно на время снимать (в том числе самостоятельно). Съемное протезирование зубов широко применяется в случаях полной или частичной утраты их в зубном ряду.

Съемное протезирование проводится посредством установки полных или частичных пластиночных или бюгельных (дуговых) протезов.

При полном отсутствии зубов съемный протез удерживаемой во рту эффектом присасывания за счет анатомических выступов челюстей, показано при полной вторичной адентии (при полном

_____ ознакомлен (а), согласен (-сна)

отсутствии зубов на одной и/или обеих челюстях). Единственной альтернативой этому виду протезирования зубов является имплантация зубов.

При частичном отсутствии одного и более зубов в зубном ряду показано использование частичного съемного протеза, опирающегося протеза на десну, но удерживаемого за счет сохранившиеся зубы проволочными крючками и/или замками (аттачменами).

Полные съемные или частично съемные пластиночные протезы состоят из пластмассового материала, опираются только на альвеолярный гребень, в связи с чем фиксация протезов во рту не является достаточной, они могут балансировать и пружинить при нагрузке на десне.

Бюгельные съемные протезы состоят из металлической дуги, с закрепленными на ней элементами зубов, передающими жевательную нагрузку на десну, костную ткань челюстей и на опорные зубы через специальные крепления – кламмеры или аттачмены.

У бюгельных зубных протезов с кламмерами удержание протеза на зубах осуществляется с помощью металлических крючков, охватывающих опорные зубы и видимых снаружи.

Бюгельные протезы с замковыми креплениями (аттачментами) закрепляются при помощи замков, состоящих из двух элементов, один из которых изготавливается как единое целое с искусственной коронки, одетой на свой зуб или корень зуба, другой – в бюгельном протезе спрятан в основание каркаса.

Протезирование зубов с помощью бюгельного протеза показано при отсутствии двух и более зубов в зубном ряду, но при наличии не менее пяти зубов на одной челюсти.

В качестве альтернативы при частичном отсутствии зубов, при достаточном объеме здоровой кости и отсутствии противопоказаний к применению имплантации может применяться условно-съемное протезирование на имплантатах, осуществляемое посредством вживления титанового стержня в челюстную кость для последующей постановки протеза.

Протезирование временных зубов у детей проводится при сильном поражении зубов кариесом, переломе, отколе части коронки зуба, при анамалиях прорезывания зубов, при раннем удалении временных зубов, при травме с целью профилактики развития у ребенка деформаций зубного ряда, формирования нормального процесса жевания, гармоничного развития жевательных и мимических мышц лица, влияющих на внешний вид, применяются частично съемные пластиночные протезы. Протезирование временных зубов осуществляется посредством ношения ребенком съемных пластинок с искусственными пластмассовыми зубами, зубных протезов-распорок для предотвращения смещения соседних зубов.

Стоматологическое ортопедическое лечение в объеме протезирования зубов съемными протезами может включать несколько последовательных этапов: подготовительный этап, направленный на обследование пациента, оценку состояния зубов и десен, санацию ротовой полости, препарирование опорных зубов для установки протеза, определение прикуса, снятие оттиска с зубов, определение цвета ортопедической конструкции, изготовление ортопедической конструкции в зуботехнической лаборатории, примерку и коррекцию конструкции, завершающую установку протеза на подготовленные зубы; при этом проведение каждого предыдущего этапа лечения служит гарантией успеха последующего и достижения положительного конечного результата.

Выбирая съемную конструкцию протеза, я соглашаюсь на присущие ей вероятные недостатки в виде длительного времени для привыкания к съемным протезам в отличие от несъемных конструкций, необходимости периодических коррекций, в том числе перебазируются протеза 1 раз в 6-8 месяцев, которые даже в период гарантийного срока проводятся за дополнительную плату.

Выбирая данную конструкцию протеза, я соглашаюсь на присущие ей вероятные эстетические и недостатки (видна граница протеза, несоответствие цвета как своих зубов, искусственных коронок и пластмассовых зубов в съемном протезе, возможны неудобства при пользовании протезом

Я соглашаюсь с тем, что при съемном протезировании протезы не фиксируются постоянно в полости рта, возможность извлечения (снятия) протеза из ротовой полости и его нахождение вне ротовой полости может приводить к потере протеза, повреждению протеза, требует

специального ухода за протезом (меры ухода указываются дополнительно в Памятке, с которой я был ознакомлен до начала лечения и получил ее на руки).

Я соглашаюсь с тем, что при использовании съемных протезов возможны дискомфортные ощущения в ротовой полости, привыкание к которым требует времени и, при необходимости, процедур коррекции.

Последствиями отказа от протезирования могут быть: прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболевания пародонта, быстрая утрата зубов остаточного прикуса, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, утрата кости челюсти, рецессия десен, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

Я соглашаюсь с тем, что при протезировании с опорой на зубы есть необходимость обтачивания зубов (препарирования эмали), которая является необратимой для установки коронок, накладок, замковых креплений и других систем фиксации съемного протезирования. Данные манипуляции не входят в стоимость съемного протезирования, а оплачиваются отдельно.

Я соглашаюсь с тем, что иногда для опоры съемного протеза необходимо провести депульпирование (удаление нервов, при этом зуб становится неживым, но успешно выполняет функцию опоры протеза) и пломбирование каналов зубов

Я понимаю необходимость строго следовать этапам протезирования и соблюдать сроки, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность неточности и переделки протеза.

Мне понятно, что в зубочелюстной системе с возрастом происходят изменения, ослабляющие структуру зуба и его соединение с подлежащими тканями челюсти. При отсутствии зубов нагрузка на оставшиеся зубы существенно возрастает, и это может приводить к их разрушению. Поэтому я обязуюсь выполнять все рекомендации по гигиеническому уходу за зубами и протезами.

Съемные протезы имеют срок эксплуатации (не путать с гарантийным сроком) от 3 до 7 лет при условии идеального выполнения всех врачебных рекомендаций и коррекции протезов не реже 1 раза в 6-8 месяцев. В процессе эксплуатации при воздействии жевательной нагрузки протезы могут получать трещины, отколы искусственных зубов и пластмассы базиса протеза. Данные случаи не являются гарантийными и устраняются при наличии такой возможности путем починки протеза за дополнительную плату согласно прайсу клиники даже в период гарантийного срока.

Срок гарантии и срок службы на бюгельный съемный протез, изготовленный в нашей клинике, составляет 1 год с момента начала использования протеза, на пластмассовые пластичные протезы составляет 6 месяцев. В течение гарантийного срока все дефекты конструкции протеза будут устранены за счет клиники. Пациент обязан являться на профилактический прием согласно графику контрольных осмотров: не реже 1 раза в 6 месяцев в первый год использования протеза и не реже 1 раза в год в последующие годы использования протеза и графику коррекции (перебазировки) протеза: не реже 1 раза в год в течение всего срока использования съемного протеза.

В случае нарушения пациентом врачебных рекомендаций и назначений, неявки на профилактический и контрольный осмотр, отказа или несвоевременного проведения коррекции съемного протеза (перебазировки), активации кламмеров, замены удерживающих матриц, вмешательства в конструкцию протеза самостоятельно или силами третьих лиц все гарантийные обязательства утрачиваются и любые последующие модификации, починки и переделки будут проводиться за дополнительную плату согласно прайсу клиники даже в пределах гарантийного срока.

Я знаю, что в качестве опоры для зубных протезов могут быть использованы только здоровые или качественно пролеченные зубы и ткани пародонта, а также извещен(а) о необходимости рентгенологического исследования опорных зубов и челюстей.

Я понимаю, что если я настаиваю на использовании в качестве опоры протеза зубов с некачественными пломбированными корневыми каналами, с очагами деструкции в области верхушки корня, с заболеванием пародонта и другими отклонениями от нормы (которые не удалось устранить в процессе лечения), то возрастает риск обострения заболевания зуба и ухудшения его состояния, что может привести к удалению зуба и переделыванию зубного протеза, за счет Пациента. Настаивая на вышеуказанном, я беру на себя риск возникновения осложнений в опорных зубах и соглашаюсь с установлением гарантийного срока на протезирование в размере одного месяца.

Мне понятно, что лечение частичного отсутствия зубов (частичной адентии) съемными протезами включает в себя замещение отсутствующих зубов искусственными (пластмассовыми, стандартными зубами), которые соединены пластинкой или дугой, расположенной на небе или под языком, что вызывает сложности с адаптацией к съемным протезам: надкусывание (прикусывание) языка, щек, чувство недостатка места для языка и щек.

Я понимаю, что во время эксплуатации надлежащим образом изготовленных и установленных съемных протезов (особенно при пережевывании и откусывании с силой), есть вероятность возникновения переломов протезов, трещин и отколов облицовочного материала искусственных зубов, появление натертостей на деснах, изменение цвета протеза, стирание зубов, обострение хронических процессов в опорных зубах, _____ и др.

Я осведомлена(а), что при наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов, жевательных мышц, психомиофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувство тошноты, нарушение функции речи, жевания, глотания, поломок протеза, _____.

Я осведомлен(а), что в период проведения манипуляций в полости рта, анестезии, обработки зубов, снятие оттисков, корректировке прикуса возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функции глотания, жевания и речи, _____.

Я понимаю, что нет гарантии совпадения ожидаемого мной результата с полученным результатом и, что при установленном в гарантийном сроке на каждый из видов протезов, невозможно гарантировать безупречное состояние опорных зубов под протезом. При утрате опорных зубов переделке подлежит и весь протез за дополнительную оплату, согласно действующему прейскуранту.

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 съемных протезов, о правилах использования установленных мне съемных протезов.

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.

_____ ознакомлен (а), согласен (-сна)

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 понятно 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 за дополнительную плату 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 о способах и методах съемного протезирования, 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, публикации на сайте клиники, а также предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику.

Я внимательно ознакомился (-лась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью моей медицинской амбулаторной карты (истории болезни), договора на оказание мне платных

_____ ознакомлен (а), согласен (-сна)

стоматологических услуг и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я проинформирован(-а) врачом обо всех особенностях предстоящего ортопедического лечения, и я даю свое согласие приступить к ортопедическому лечению съемной ортопедической конструкцией _____, на предложенных мне условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / [CLIENT.FULLNAME]

Подпись врача: _____ / [TREAT.DFULLNAME]

[BDate]

Центр семейной стоматологии ВИОЛА
violafamilydent.ru

_____ ознакомлен (а), согласен (-сна)