

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 КОМБИНИРОВАННОЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ**

**ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ И УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО 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: стоматологическое лечение с применением комбинированного анестезиологического пособия, общей анестезии. Я соглашаюсь с тем, что стоматологическое лечение зубов моему ребенку под общей анестезией будет проводить детский врач-стоматолог центра семейной стоматологии ООО «Виола» [TREAT.DFULLNAME]

Я ознакомлена с положением центра семейной стоматологии ООО «Виола» об обязательном присутствии родителей или законных представителей, при наличии нотариальной доверенности, для проведения любых медицинских манипуляций моему ребенку.

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

Мне понятно разъяснили, и я понимаю, что комбинированное анестезиологическое пособие отключает сознание и ощущение боли во всем организме, во время проведения комбинированного анестезиологического пособия пациент (мой ребенок) находится в спокойном, подобном сну состоянии.

Мне понятна цель общего обезболивания, комбинированного анестезиологического пособия: устранение реакции на болевые раздражители, угнетение сознания для проведения оперативного вмешательства без опасных последствий для организма.

Мне разъяснили, и я понимаю методику проведения комбинированного анестезиологического пособия, общего обезболивания, которая начинается с наложения лицевой маски и подачи газообразных препаратов, а также постановки капельницы в вену и введения премедикации, далее анестезия поддерживается введением препаратов для обезболивания стоматологической манипуляции. Для поддержания газообмена накладывается лицевая маска или носовой катетер с подачей увлажненного кислорода. При более длительных стоматологических манипуляциях анестезия продолжается с помощью газообразных препаратов. Смесь кислорода с ингаляционным анестетиком подается через наркозно-дыхательный аппарат, предназначенный также для проведения искусственной вентиляции легких (ИВЛ) через трубку, установленную в трахею пациента (моего ребенка). Интубация трахеи обеспечивает газообмен, гарантирует безопасность и защищает дыхательные пути от рвоты и других физиологических жидкостей.

Мне разъяснено, что в ходе общего наркоза, комбинированного анестезиологического пособия может применяться следующее оборудование (медицинские изделия): стол для врача анестезиолога-реаниматолога, аппарат наркозно-дыхательный, монитор операционный, многофункциональный хирургический стол, дефибриллятор, стетофонендоскоп, аппарат для измерения артериального давления, аспиратор хирургический, ларингоскоп, инфузионный насос, набор хирургических инструментов, набор трахеостомических трубок, набор для реанимации, медицинский аппарат для подогрева крови и кровезаменителей, планшет для определения группы крови, каталка лежащая медицинская, аппарат для электрохирургии, мешок

Амбу, набор для катетеризации центральных вен, смеситель воздушно-газовой смеси, ротаметр, пульсоксиметр, капнограф, аппарат для искусственной вентиляции легких.

Мне разъяснено, что качественное выполнение комбинированного анестезиологического пособия, общего наркоза требуется предварительная подготовка: для оценки общего состояния ребенка (общего состояния пациента, законным представителем которого я являюсь), выявления особенностей анамнеза, связанных с анестезией, оценки клинических и лабораторных данных, определения степени риска операции и наркоза (выбор метода анестезии), необходимо предварительно пройти осмотр врача-стоматолога детского, анестезиолога-реаниматолога для выяснения жалоб, сбора анамнеза заболеваний, получения информации, имеющей значение в связи с предстоящим лечением с применением комбинированного анестезиологического пособия, общей анестезией: наличие повышенной кровоточивости, аллергических реакций, ранее перенесенные операции и т.д.

Меня информировали о том, что перед комбинированным анестезиологическим пособием нельзя кормить и поить ребенка за 4-6 часов до назначенного времени, лечения с применением комбинированного анестезиологического пособия. Я утверждаю, что выполнили все рекомендации врача перед приемом.

Мне разъяснена необходимость дополнительного применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций совместно с комбинированным анестезиологическим пособием.

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 и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и 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 и гематомы, отека десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше, и др.

Мне сообщена, разъяснена и понятна информация, что выбор препаратов и методики проведения комбинированного анестезиологического пособия остается за врачом-стоматологом и врачом-анестезиологом, и что по ходу операции может возникнуть необходимость в изменении тактики лечения или проведении дополнительных процедур.

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, пыльцы цветов.

Мне объяснено, понятно и я осознаю, что во время проведения комбинированного анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения

---

(нарушения со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренное причинения вреда здоровью ребенка, и даже неблагоприятный исход). В таком случае я согласен (согласна) на то, что вид и тактика анестезиологического пособия может быть изменена врачами по их усмотрению.

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.

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

\_\_\_\_\_ ознакомлен (а), согласен (-сна)

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.

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.

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 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.

Мне объяснили в доступной и понятной форме предварительные планы лечения, включая ожидаемый результат, риски и пути альтернативного лечения, а также возможные, при существующей ситуации и обстоятельствах, дополнительные методы обследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим.

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 и даю свое согласие приступить к лечению с применением комбинированного анестезиологического пособия, общей анестезии, на предложенных мне условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись законного представителя: \_\_\_\_\_ / [REPRES.FULLNAME]

Подпись врача: \_\_\_\_\_ / [TREAT.DFULLNAME]  
[BDate]

\_\_\_\_\_ ознакомлен (а), согласен (-сна)