

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 МНОГОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОККЛЮЗИИ И ВНЧС

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. [CLIENT.PASSP_FULL], зарегистрирован по адресу: [CLIENT.ADDR_REG], добровольно обращаюсь в центр семейной стоматологии ООО «Виола» для проведения диагностики и последующего стоматологического лечения, и соглашаюсь с тем, что прием мне будет проводить врач-стоматолог [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.

Я получил(а) от врача центра семейной стоматологии ООО «Виола» всю интересующую меня информацию о предполагаемом медицинском вмешательстве, диагностики ВНЧС. Мне разъяснено врачом и понятно, что целью проведения диагностических исследований до начала стоматологического лечения являются: постановка правильного диагноза заболевания, необходимого для дальнейшего успешного лечения; оценка состояния зубочелюстной системы пациента, выявление имеющихся патологий; обнаружение рецидивов патологии зубочелюстной системы, если пациенту ранее проводилось ортодонтическое лечение; оценка эффективности проведенного лечения; планирование стоматологического лечения.

Я согласен(на) на проведение следующих диагностических исследований: опрос, сбор анамнеза, осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, зондирование, аускультация, проведение клинического обследования височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), функциональные пробы, изготовление оттисков (слепков) челюстей, аксиография, кондилография, внутриротовое (интраоральное) сканирование полости рта, создание диагностических моделей лица и/или полости рта (в том числе трехмерных цифровых).

Обследование, как правило, начинается с беседы (опроса), во время которой врач выясняет жалобы пациента и получает данные анамнеза. При необходимости некоторые вопросы уточняются в беседе с родственниками и близкими людьми, а также по медицинской документации.

Врач разъяснил мне, и я понял(а), что в ходе выполнения функциональных проб мне (пациенту, законные интересы которого я представляю) врачом может быть предложено смыкать, размыкать зубы (в том числе без размыкания губ), открывать-закрывать рот, двигать нижней челюстью, поворачивать голову в разные стороны.

Пальпация – это использование пальцев (как правило, подушечек концевых фаланг большого, указательного и среднего пальцев, реже мизинца). С помощью пальпации определяют резистентность, конфигурацию, подвижность тканей и органов, болевую реакцию, наличие флюктуации, размеры и границы патологического очага. Различают пальпацию: поверхностную; глубокую; вне - и внутриротовую. Пальпацию ВНЧС проводят путем наложения пальцев на кожу спереди козелка ушной раковины или введения пальцев в наружный слуховой проход. При пальпации сустава может появиться боль, часто ощущаются толчки, щелканье, хруст. Перкуссия – это постукивание по зубу ручкой зонда, пинцета. Зондирование помогает определить наличие кариозной полости, размягчение в ней, глубину кариозной полости, болезненность дна кариозной полости, а также чувствительность эмали. Данное исследование выполняется с помощью зонда (инструмент с острым концом). Аускультацию ВНЧС проводят с помощью фонендоскопа - медицинского прибора из двух резиновых трубок с резонатором для выслушивания.

Диагностическая модель – позитивное отображение зубных рядов, изготовленная по оттиску из гипса или пластмассы, необходимая для того, чтобы определить состояние зубов и окружающих их тканей, а также провести специальные измерения и определиться с дальнейшим планом лечения. На диагностической модели четко просматриваются: зубы; альвеолярные отростки; небо; другие анатомические образования (бугры верхней челюсти, выступающие бугорки с язычной стороны нижней челюсти). С помощью диагностических моделей также можно определить вид прикуса и нарушения формы зубных рядов. Для точного изготовления таких моделей важно правильно снять слепки (оттиски). От этого зависит успех дальнейшего стоматологического лечения.

Оттиск – негативное отображение зубных рядов, получаемое в стоматологии при помощи специальных мягких эластичных материалов. Для этого требуется стандартная или индивидуальная оттискная ложка. Важно правильно подобрать ее по размеру - без этого получить точный слепок невозможно. Стандартные ложки представлены в двух основных видах: пластмассовые; металлические. С их помощью можно получать анатомические оттиски, на которых четко видны зубы и окружающие их ткани. Процесс получения оттиска в стоматологии состоит из нескольких этапов: 1)Подбор подходящей по размеру ложки; 2)Замешивание специального материала и наложение его в ложку; 3)Введение ложки в полость рта; 4)Оформление краев будущего оттиска; 5)Выведение ложки с готовым слепком изо рта; 6)Оценка качества полученного слепка. Если врач доволен качеством работы, то он дезинфицирует слепок и передает его технику для отливки модели из гипса или пластмассы.

Аксиография – это запись движения головок височно-нижнечелюстного сустава в различных плоскостях. Основными показаниями к проведению электронной аксиографии являются: 1. Настройка артикулятора (аппарата, воспроизводящие движение нижней челюсти) на индивидуальную функцию пациента, учитывая углы и кривизну суставного пути движения нижней челюсти. 2. Проведение функциональной диагностики пациентов, имеющих проблемы с височно-нижнечелюстным суставом. В сумме с остальными составляющими функционального анализа (рентгеновские снимки, исследование гипсовых моделей в артикуляторе и пр.) электронная аксиография помогает верифицировать нарушения окклюзии (контактов зубов между собой) и височно-нижнечелюстного сустава, наметить план лечения и оценить его эффективность. Суть метода заключается в наложении двух дуг, одна из которых крепится на нижнюю челюсть, на ней находятся датчики. Другая дуга опирается на основание носа и фиксируется на голове относительно ушных входов - на ней также находятся датчики, регистрирующие движения нижнечелюстной дуги. Пациент совершает ряд движений челюстью, которые записывает компьютер. Специальная программа считывает основные углы движения нижней челюсти, а доктор анализирует полученные результаты. Результаты исследования сохраняются в архиве, и в любой момент времени может быть проведен их анализ в процессе лечения.

Кондилография – это запись движений ВНЧС. С помощью аппаратуры можно в электронном виде записать графики движения нижней челюсти в 3D. Для проведения данного вида исследования на голове у пациента закрепляется специальный аппарат – лицевая дуга, которая соединяется с компьютером. При выполнении заданных моделей движения электронная аппаратура снимает показания и на экране компьютера в трехмерной проекции моделируются движения нижней челюсти головки и элементов сустава. При помощи кондилографического исследования врач может определить степень изношенности сустава и его элементов.

Внутриротовое (интраоральное) сканирование полости рта – сканирование (исследование) полости рта с помощью специального датчика, который передает полученное 3D-изображение ротовой полости на экран подключенного к нему компьютера. Таким образом, получается трехмерный цифровой слепок зубов. На основе трехмерных изображений полости рта, данных КТ и рентгенограмм врачом может быть создана полная цифровая модель лица и полости рта пациента. При необходимости на основе цифровых моделей за отдельную плату могут быть изготовлены физические диагностические модели.

Я уведомлен(а) и согласен(на) с тем, что: целью проведения указанных выше исследований является постановка диагноза, планирование лечения и его контроль; пациент (законный представитель) оплачивает не диагностические модели и/или иные результаты исследований, которые сами по себе

не имеют ценности для пациента, - результатом диагностики является достижение ее целей, а не физические (компьютерные модели) или иные результаты. Я понимаю, что для открытия трехмерных моделей и/или результатов иных исследований может потребоваться специальное компьютерное оборудование и программное обеспечение, которое может быть недоступно вне местонахождения Исполнителя, что не является недостатком предоставленной медицинской услуги. Стоимость предоставления диагностических медицинских услуг оплачивается пациентом (законным представителем) по ценам, указанным в прейскуранте, действующем у Исполнителя на день оплаты, если иное не согласовано сторонами.

Выбор конкретных методов исследования, а также необходимых мне (пациенту, законным представителем которого я являюсь) этапов и сроков диагностики делает врач по медицинским показаниям. Врач объяснил мне, что, если я не желаю проводить диагностические исследования, предложенные доктором перед началом стоматологического лечения, я могу отказаться от них – полностью или частично. Мне понятны негативные последствия, которые могут наступить в случае такого отказа: невозможность проведения (продолжения) стоматологического лечения; невозможность постановки диагноза, проверки качества проведенного лечения, наступление связанных с этим осложнений после и/или в процессе лечения. В случае отказа от диагностики и/или ее прерывании по моей инициативе (вине) я самостоятельно несу риск наступления перечисленных неблагоприятных последствий.

Мне понятно, что в период манипуляций в полости рта (анестезии, обработки зубов, снятии оттисков, фиксации диагностической аппаратуры) возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функции глотания и речи. При снятии диагностических слепков возможны следующие осложнения: 1) Появление рвотного рефлекса. Рвотный рефлекс возникает при раздражении нервных окончаний твердого и мягкого неба, режущей поверхности и боковых поверхностей языка. 2) Попадание кусочков оттискного материала в дыхательные пути, что может вызвать асфиксию (временное ощущение удушья). 3) Токсико-аллергические реакции. Реакция на компоненты веществ оттискных материалы. 4) Травма слизистой оболочки полости рта при неправильно подобранной ложке и при грубом извлечении оттисков. 5) Непредвиденная экстракция (удаление) подвижных зубов и/или несъемных ортопедических конструкций. 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.

Противопоказаниями к проведению диагностики ВНЧС является: патология иммунной системы (системная красная волчанка, тяжелые инфекции и т.п.) и иные состояния, препятствующие проведению медицинского вмешательства. Я подтверждаю, что получил(а) от лечащего врача информацию обо всех противопоказаниях. Я честно, сообщил(а) лечащему врачу всю информацию, касающуюся моего здоровья (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.

Ожидаемым результатом диагностических исследований перед началом стоматологического лечения является достижение целей диагностики.

Меня заранее в доступной форме осведомили о режиме и графике работы клиники, о видах, качестве и об условиях предоставления мне медицинской помощи, об эффективности методов диагностики и лечения, об уровне образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении мне платных медицинских услуг, об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг, прейскуранте цен на услуги и порядке их оплаты, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, о сроках их годности, показаниях (противопоказаниях) к применению, о перечне платных медицинских услуг, их стоимости, положении о гарантиях и сроках службы, и 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.

Я подтверждаю, что в Анкете здоровья назвал (-а) все известные мне заболевания, имеющиеся в прошлом и настоящем. Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе многофункциональной диагностики ВНЧС, а также сроки ее проведения.

Мне было разъяснено значение нумерации зубов и всех медицинских терминов, упомянутых в данном документе.

Понимая сущность многофункциональной диагностики ВНЧС и уникальность собственного организма, я осознаю, что ожидаемый мною положительный результат диагностики и последующего лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение самой диагностики и будущего лечения специалистом соответствующей квалификации, применение разрешенных в РФ материалов и инструментов с соблюдением соответствующих стандартов и протоколов лечения.

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, публикации на сайте клиники, социальных сетях, для публикации в научной литературе, а также предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных услуг Страховщику.

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.

У меня было достаточно времени, чтобы обдумать решение о предстоящем медицинском вмешательстве, диагностики ВНЧС, описанной в данном документе. Я внимательно ознакомился (-лась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты (истории болезни) пациента, договора на оказание платных стоматологических услуг и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я подтверждаю свое согласие на проведение мне многофункциональной диагностики ВНЧС на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / [CLIENT.FULLNAME]

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