

[CREATECLIENT NAME=CLIENT\_SGL=viola \* from e\_get\_profile(PROCESS)]  
 [CREATECLIENT NAME=ADDRESS\_SGL=viola \* from e\_get\_profile(PROCESS)]  
 [CREATECLIENT NAME=TREAT\_SGL=viola \* from e\_get\_profile(PROCESS)]

**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 ЛЕЧЕНИЕ ГЛУБОКОГО КАРИЕСА, ПУЛЬПИТА

*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 я согласен (согласна) с названными мне условиями предстоящего эндодонтического лечением зуба(ов). 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], соглашаюсь с тем, что мне стоматологический прием будет проводить врач-стоматолог центра семейной стоматологии ООО «Виола» [TREAT.DFULLNAME].

В исключительных случаях (например, болезнь врача ли 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 устное Согласие.

После проведенной диагностики врач центра семейной стоматологии ООО «Виола» мне понятно объяснил необходимость проведения терапевтического лечения

\_\_\_\_\_ зуба (-ов), и что результатом лечения является устранение воспалительного процесса в зубе (ах) и восстановление целостности твердых тканей зуба при помощи пломбировочных материалов.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и понимаю, что при данной клинической ситуации очень сложно поставить точный диагноз (глубокий кариес или пульпит \_\_\_\_\_ зуба) и спланировать соответствующее лечение, не прибегая к вмешательству, препарированию зуба.

Мне понятно, и я согласен (сна), что для лечения проводится процедура сошлифовывания слоя твердых тканей зуба, которая является необратимой. Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и понимаю, что не всегда возможно поставить точный диагноз (кариес или пульпит) и спланировать соответствующее лечение.

Я осознаю, что для лечения зубов с глубокими и обширными полостями даже после постановки постоянной пломбы может потребоваться депульпирование зуба и лечение корневых каналов в нем, и что присутствие такой рекомендации врача в предварительном плане лечения нужно для получения наилучшего результата лечения.

Мне понятно, что возможны два варианта лечения:

- в первом случае, при лечении глубокого кариеса, после препарирования, производят наложение лечебной прокладки с последующим заполнением дефекта зуба временной и (или) постоянной пломбой (1-2 посещения), при этом жизнеспособность пульпы сохраняется (зуб остается живой);
- во втором случай, при лечении пульпита – необходимо будет провести эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов зуба) с последующим заполнением дефекта временной и (или) постоянной пломбой (2 - 4 посещения).

Я понимаю последствия отказа от данного лечения могут быть: инфекционные осложнения, прогрессирование кариозного процесса и переход его в запущенную стадию с поражением пульпы зуба и окружающей кости, перелом зуба, прогрессирование заболеваний пародонта, образование кисты; потеря зуба, а также системные проявления заболеваний зубов и полости рта. Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения (удаление пораженного зуба (ов)), которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех.

Мне также понятно, что при неэффективности лечения, возможным решением, может быть хирургическое удаление.

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

Врач понятно мне объяснил, что наиболее предпочтительным для здоровья и лучшего долгосрочного прогноза является сохранение жизнеспособности пульпы, но в случае сохранения жизнеспособности пульпы зуба с ранее имевшейся в нем кариозной полостью существует риск воспаления пульпы зуба и (или) развития воспалительного процесса в тканях вокруг корня зуба как в процессе, так и после постановки постоянной пломбы.

Я информирован, что в этом случае будет проведено лечение корневых каналов зуба за дополнительную плату, согласно прайсу

Мне известно, что после лечения необходима будет коррекция пломбы, для индивидуализации и получения наилучшего результата, т. е. проводится шлифовка готовых пломб по прикусу, неполное их совпадение по цвету, форме и прозрачности с соседними зубами и искусственными конструкциями и при различном освещении являются конструктивной особенностью данной медицинской услуги и не относятся к существенным недостатком оказанных услуг.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(на) с тем, что итоговый результат лечения может отличаться от ожидаемого мною и что искусственные пломбы эстетически могут отличаться по форме, цвету и прозрачности от своих зубов и других искусственных конструкций.

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 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.

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, в том числе \_\_\_\_\_, 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 №323-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 овещественные результаты оказанных услуг, о правилах использования установленных стоматологических конструкций.

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

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 (а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил (а) на них понятные 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 (а) 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 (а), 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 кариеса, 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 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 эндодонтического 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]