



зуботехническую лабораторию для изготовления несъемной конструкции; примерка готовой конструкции, во время которой проверяется плотность посадки, отсутствие помех при смыкании зубов, соответствие и согласование цвета и формы конструкции, подписание акта-согласования ортопедической конструкции и окончательная фиксация несъемной ортопедической конструкции.

Мне разъяснено, что на этапе протезирования может потребоваться примерка результата воскового моделирования будущих несъемных конструкций. Временные конструкции могут быть зафиксированы на мои зубы (зубы пациента, законным представителем которого я являюсь) на срок от 3 дней до 3 месяцев для того, чтобы оценить эстетику, функцию и характер взаимодействия будущих несъемных конструкций. Временные ортопедические конструкции могут быть изготовлены следующими способами:

Прямые временные реставрации - изготавливаются врачом непосредственно после одонтопрепарирования (препарирования, обточки зубов пациента) и фиксируются (приклеиваются) на зубы цементом химического отверждения. Такие временные конструкции очень хрупки, требуют бережного обращения (запрещено кусать и жевать твердую пищу – фрукты, орехи, жесткий хлеб и пр.) и должны быть заменены постоянными либо временными конструкциями лабораторного изготовления не позднее, чем в течение 90 дней после установки. Я понимаю, что при несоблюдении рекомендаций по режиму питания и иных рекомендаций врача прямые реставрации могут сколоться и/или сломаться, что потребует их переделки за отдельную плату (если иное не согласовано сторонами).

Лабораторные временные реставрации – изготавливаются в лабораторных условиях и фиксируются (приклеиваются) на обточенные зубы с помощью временных цементов. Лабораторные реставрации также не предназначены для постоянного ношения и требуют бережного обращения: соблюдения режима питания и гигиены. Я уведомлен(а) и согласен(на), что, если по медицинским показаниям на этапе протезирования мне (пациенту, чьим законным представителем я являюсь) будет выполняться хирургическая операция (ортогнатическая или иная подобная, в том числе в другой медицинской организации), комплект временных ортопедических конструкций может потребовать полной замены на новые временные конструкции. Изготовление новых временных конструкций, профессиональная гигиена полости рта и иные манипуляции проводятся за отдельную плату.

Временные конструкции могут менять цвет и требуют бережного использования во избежание повреждений – необходимо исключить красящие продукты, напитки, твердую и тягучую пищу. Все временные конструкции (прямые и лабораторные) имеют ограниченный срок эксплуатации – не более 90 дней (если иное не указано лечащим врачом), не могут использоваться постоянно и своевременно должны быть заменены постоянными ортопедическими конструкциями, предусмотренными планом лечения. Я понимаю, что если лечение будет прервано на этапе временного протезирования, до установки постоянных ортопедических конструкций, это может иметь следующие негативные последствия для моего здоровья (здоровья пациента, чьим законным представителем я являюсь): сколы и/или переломы временных конструкций с попаданием их частей в дыхательные пути и/или желудочно-кишечный тракт, что может повлечь остановку дыхания и/или повреждение стенок пищевода, желудка или кишечника; развитие или усугубление заболеваний пародонта и зубов (кариес, пульпит, периодонтит и т.д.); перелом или сколы зубов; дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики; нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний быстрая утрата зубов остаточного прикуса; заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава; появление либо нарастание болевых ощущений; прогрессирование имеющихся у меня заболеваний (в том числе общих), развитие инфекционных осложнений, а также иные неблагоприятные последствия, во избежание наступления которых я должен(на) завершить лечение согласно выбранному плану лечения.

Выбор методов лечения, а также необходимых мне этапов и сроков лечения делает врач и согласовывает со мной в предварительном плане лечения. Мне названы и со мной согласованы: количество ортопедических конструкции, их особенности, материал, из которого изготовлены

протезы, применяемые лекарственные препараты, технологии (методы), которые будут использованы в процессе лечения; этапы и сроки проведения лечения, стоимость отдельных процедур и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена, как в сторону увеличения, так и в сторону уменьшения, в связи с особенностями моего организма, которые трудно предвидеть.

Врач ортопед центра семейной стоматологии ООО «Виола» объяснил мне, что, если я не желаю проводить протезирование, я могу отказаться от его проведения. Последствиями отказа от лечения могут быть: прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата зубов остаточного прикуса, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта; неврологическая патология; появление либо нарастание болевых ощущений; прогрессирование имеющихся у меня заболеваний (в том числе общих), развитие инфекционных осложнений, а также системные проявления заболеваний. Я понимаю, что иногда невозможно точно установить сроки лечения ввиду непредсказуемой реакции организма человека на проведение медицинского вмешательства и возможной необходимости изменения или коррекции первоначального плана лечения.

Врач ортопед центра семейной стоматологии ООО «Виола» проинформировал меня о том, что пожелания по поводу размера, цвета в формы моих зубных протезов я должен(а) буду высказать до изготовления протеза. Я понимаю, что требования по изменению цвета, формы и вида протезов после их изготовления является новой платной услугой и не входит в стоимость первоначального лечения.

Врач ортопед центра семейной стоматологии ООО «Виола» объяснил мне, и я понял(а) возможные осложнения, которые могут иметь место во время и после лечения:

\_\_\_\_\_ , сколы облицовки протезов, отклеивание и/или расшатывание мостовидного протеза из-за неправильного использования; расцементировка при постоянной или временной фиксации; при снятии старых ортопедических конструкций: перелом опорного зуба, повреждения мягких тканей полости рта; при получении оттисков: рвотный рефлекс, асфиксия материала, экстракция зубов с патологической подвижностью, расцементировка старых конструкций; перелом протезов с попаданием их элементов в желудочно-кишечный тракт и дыхательные пути; изменение цвета протезов; отечность десны или лица после лечения; микротравмы десны; протезный стоматит; ощущение дискомфорта, болевые ощущения; аллергические реакции на инструмент и материалы, применяемые в процессе лечения; отеки слизистой оболочки рта, зуд, гиперемия, повышение кровоточивости дёсен; кариес опорных зубов под протезами; появление натёртостей при съёмном протезировании с возможным развитием сопутствующих заболеваний и патологий; возможная необходимость перебазировки съёмного протеза из-за атрофии альвеолярного гребня после удаления зубов; возможное изменение плана протезирования и, как следствие, стоимости медицинских услуг при изменении моих пожеланий по внешнему виду, форме и/или цвету протезов; появление запаха изо рта и образование налёта на протезах из-за несоблюдения мной гигиены полости рта и рекомендаций врача. 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. Я понимаю, что при наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов и других нейромиофункциональных расстройств у меня (у пациента) могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к конструкциям, чувство тошноты, нарушение функции речи, жевания, глотания, сколы и/или поломки конструкций. Я понимаю, что мне (пациенту, законным представителем которого я являюсь) в течение всего срока эксплуатации несъемных ортопедических конструкций может потребоваться контроль тонуса жевательных мышц (с периодичностью не менее одного раза в год) для возможной коррекции прикуса и/или снятия гипертонуса, которые будут выполнены по медицинским показаниям с моего согласия за отдельную плату.

Мне разъяснено, что протезирование является вмешательством в биологический организм и, как любое медицинское вмешательство, не всегда может обеспечить пожизненное сохранение результата лечения, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов протезирования, так как полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного аппарата (аналогично повторному росту зубов в течение жизни). Зубочелюстная система подвергается регрессивным изменениям (как при наличии протезов, так и без них, но в последнем случае гораздо быстрее), которое проявляется в рецессии десны, атрофии костной ткани челюсти, стираемости и разрушении твердых тканей зубов. Я понимаю, что через какое-то время, которое зависит от скорости протекания изменений в организме, может возникнуть необходимость коррекции несъемных ортопедических конструкций либо повторного протезирования, которые выполняются по медицинским показаниям с моего согласия за отдельную плату. Я уведомлен(а) и согласен(на), что появление симптомов гальванизма и/или аллергии на компоненты материалов или конструкций обусловлены индивидуальными особенностями организма и не могут быть спрогнозированы до начала лечения. Подобные явления не являются следствием неправильного лечения, а замена конструкций с целью устранения явлений гальванизма и/или аллергии осуществляется за дополнительную плату.

Врач объяснил мне, что многократные примерки и коррекции ортопедических конструкций в процессе и после их изготовления (необходимые для индивидуализации и получения наилучшего результата протезирования), нарушение фиксации постоянных или временных конструкций, шлифовка готовых конструкций по прикусу, расцементировка коронок являются конструктивной особенностью ортопедических конструкций и не относятся к существенным недостаткам оказанных услуг.

Выбирая несъемную ортопедическую конструкцию, я соглашаюсь на присущие ей вероятные эстетические и функциональные конструктивные особенности использования: ретенция (застывание) пищи, наличие видимых элементов фиксации протезов и металлических частей коронок; а также возможные неудобства при пользовании протезом (отсутствие разделения между спаянными коронками в составе мостовидных конструкций и чувствительности к сжатию зубов, изменение всех видов чувствительности, перекрывание частями протеза слизистой оболочки полости рта). Мне разъяснено, что изменение цвета, болезни десен и слизистой оболочки, болезни опорных и других зубов, а также иные причины могут вызвать необходимость дополнительной коррекции или замены несъемного мостовидного протеза при протезировании.

Мне понятно объяснили противопоказания к протезированию несъемными ортопедическими конструкциями: патология иммунной системы (тяжелые инфекции и т.п.); острые инфекционные заболевания; болезни крови (лейкозы, лимфогранулематоз) и иные состояния, препятствующие проведению медицинского вмешательства. Я подтверждаю, что получил(а) от лечащего врача информацию обо всех противопоказаниях.

Я подтверждаю, что получил(а) от лечащего врача информацию обо всех противопоказаниях.

Я честно, без утайки, сообщил(а) лечащему врачу всю информацию, касающуюся моего здоровья (здоровья пациента, законным представителем которого я являюсь): 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.

Я понимаю, что ожидаемый мною результатами ортопедического лечения является: восстановление основной функции зубочелюстной системы (пережевывание пищи) и целостности зубного ряда. Я понимаю, что эстетическая оценка результатов лечения, связанная с изменением во внешнем виде, субъективна, поэтому чисто эстетическая неудовлетворенность результатом лечения не может быть основанием для предъявления претензий. Мне понятно, что итоговый результат протезирования может отличаться от ожидаемого мною и что искусственные протезы зубов эстетически могут отличаться по форме, цвету и прозрачности от своих зубов и других искусственных конструкций в ротовой полости, особенно при различном освещении, что

не является следствием некачественно предоставленной медицинской услуги, а обусловлены конструктивными особенностями материалов и иными обстоятельствами, не зависящими от Исполнителя.

Я подтверждаю, что врач провел для меня обучение уходу за протезами и полостью рта. Я понимаю значение гигиены полости рта при ортопедическом лечении и обязуюсь проводить процедуры профессиональной гигиены у стоматологического гигиениста не реже двух раз в год или с иной частотой, установленной лечащим врачом.

Я поставлен(а) в известность о том, что установление гарантийных сроков на о вещественные результаты медицинской услуги возможно только в индивидуальном порядке, и что если гарантийный срок письменно в документах не установлен, то он исчисляется согласно Положению о гарантиях в клинике Исполнителя, с которым я был ознакомлен(а) до начала лечения.

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.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное лечение, и исключить осложнения после лечения, поэтому значительно ограничит гарантийный срок. Я информирован о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологического обследования.

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, 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 овеществленные результаты оказанных услуг, о 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. 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 возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них понятные и исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение нумерации зубов и всех медицинских терминов, упомянутых в данном документе.

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 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, 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 частичной адентии несъемными ортопедической конструкцией с опорой на дентальные имплантаты, на которые, я получил (а) исчерпывающие и понятные мне ответы и разъяснения.

У меня было достаточно времени, чтобы я ознакомился(-лась) с предлагаемым лечением, задать все интересующие меня вопросы и мог(-ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

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 ортопедического 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]