

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 РЕТЕНЦИОННЫЙ ЭТАП ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПАЦИЕНТОВ

Этот документ свидетельствует о том, что в соответствии со ст.19-23 Федерального закона N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», одним из условий оказания медицинской стоматологической помощи является наличие информированного добровольного согласия (ИДС) пациента (или его законного представителя) на ее получение. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского стоматологического вмешательства.

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: ретенционный этап ортодонтического лечения, которое будет проводить врач ортодонт центра семейной стоматологии ООО «Виола» [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 устное Согласие.

Я, получила подробные разъяснения от врача ортодонта, что после завершения диагностического, подготовительного и самого ортодонтического лечения, наступает период удержания, стабилизации результата ортодонтического лечения, называемый ретенционным этапом. Целью ретенционного этапа ортодонтического лечения является стабилизация достигнутых в ходе ортодонтического лечения результатов.

Меня устраивает полученный эстетический и функциональный результат проведенного ортодонтического лечения моему ребенку. Врач ортодонт мне понятно разъяснил, что необходимость изготовления нового съемного/несъемного, одно-/двучелюстного ретенционного аппарата. Также, мне пояснили, что возможно применение на этом этапе некоторых видов временного шинирования зубов. Ретенционный этап может длиться как несколько лет, так и пожизненно – в зависимости от показаний.

Ретенционный аппарат может представлять из себя металлические дуги (проволоки), прозрачные капы, пластинки, изготовленные индивидуально для пациента, которые фиксируются на зубы. Как правило, ортодонт фиксирует несъемный ретенционный аппарат на внутреннюю поверхность зубов обеих челюстей.

Ретенционный аппарат подлежит замене – ориентировочно 1 раз в 2 года, капа – 1 раз в год. Частота замены аппарата определяется по показаниям.

Я уведомлен(а), что замена аппарата не входит в стоимость ортодонтического лечения.

Я согласен(на) оплачивать стоимость замены ретенционного аппарата по ценам, указанным в действующем прейскуранте Исполнителя.

Я ознакомлен(а) с вариантами изготовления ретенционных аппаратов, которые гарантирует при правильном использовании и уходе сохранение достигнутого результата.

Выбор ортодонтической аппаратуры, материалов и методов ортодонтического лечения, а также необходимых этапов и сроков лечения моему ребенку делает врач и согласовывает со мной в предварительном плане лечения.

Меня подробно ознакомили с планом лечения ретенционного периода лечения у моего ребенка, его сроками и стоимостью, а также со всеми возможными альтернативными вариантами лечения, которые в нашем случае будут иметь меньший клинический успех.

Совместно с врачом я имел(а) возможность выбрать из всех вариантов ретенционного этапа наиболее рациональный в нашем клиническом случае вариант. Я согласен(на) оплачивать изготовление и замену ретенционной аппаратуры в соответствии с планом лечения и прейскурантом, действующим у Исполнителя.

Врач ортодонт мне объяснил, что, если я не желаю проводить ретенционный этап ортодонтического лечения моему ребенку, я могу отказаться от него. Мне понятны негативные последствия, которые могут наступить для здоровья моего ребенка в случае такого отказа: потеря достигнутого в ходе ортодонтического лечения результата, рецидив заболеваний, усугубление нарушений прикуса; перегрузка отдельных зубов с их неконтролируемым перемещением и разрушением, прогрессирующее стираемость зубов; появление (усугубление) лицевой асимметрии; появление дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС); избыточное перемещение, излишняя подвижность зубов, усиление зубоальвеолярных деформаций; заболевания пародонта; опускание десны (оголение шейки зубов); частичное рассасывание верхушек корней зубов; появление болей, дискомфорта и иные неблагоприятные последствия. В случае отказа от лечения и/или его прерывании по инициативе (вине)меня или моего ребенка я самостоятельно несу риск наступления перечисленных неблагоприятных последствий.

Мне разъяснено, что в случае изменения формы и размера зубов с помощью ортопедических коронок, виниров, вкладок, композитных реставраций необходимо будет изготовить новые ретенционные аппараты с моего согласия за дополнительную плату.

Я понимаю, что любое лечение является вмешательством в биологический организм и не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов. Мне понятно, что в период фиксации и ношения ортодонтической аппаратуры возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функции глотания и речи. При наличии психомиофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к аппаратам, чувства тошноты, нарушений функций речи, жевания, глотания, поломок ортодонтической аппаратуры. Возможными осложнениями ретенционного этапа лечения вследствие ряда причин, независящих от врача являются: нарушения эмали зубов (появление пятен, кариеса, повышение чувствительности зубов); воспаление десны (кровоточивость, отечность) – вследствие плохой гигиены полости рта, снижения иммунитета или изменения гормонального фона; нарушение речевой функции; поломка ретенционного аппарата и попадание его частей в дыхательные пути или желудочно-кишечный тракт – вследствие нарушений рекомендаций врача, режима использования аппарата (жевание грубой пищи, раскусывание орехов, ношение съёмного аппарата в бассейне и др.); частичная или полная потеря достигнутого результата – вследствие несоблюдения требований к ретенционному периоду лечения, невыполнения рекомендаций врача (например, удалить зачатки зубов «мудрости»), несвоевременного обращения к врачу при поломке аппарата. 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.

Врач ортодонт мне понятно объяснил противопоказаниями к ретенционному этапу лечения могу являться: патология иммунной системы (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 добросовестно сообщил(а) лечащему врачу всю информацию, касающуюся здоровья моего ребенка (перенесенные операции, заболевания, беременность, принимаемые лекарственные средства, аллергические реакции и т.п.). Я осознаю, что, если я скрыл(а) какую-то информацию о здоровье моего ребенка, я самостоятельно несу за это ответственность, и понимаю, что это может негативно сказаться на результатах (сроках, стоимости) лечения.

Ожидаемым результатом ретенционного этапа ортодонтического лечения является сохранение правильного положения зубов. Я информирован(а) о необходимости регулярных осмотров у лечащего врача в ретенционный период – не реже 2 раз в год. Я понимаю значение гигиены полости рта при ортодонтическом лечении и обязуюсь приводить ребенка на процедуры профессиональной гигиены не реже 2 раз в год. Я информирован(а) о необходимости использования ретенционных аппаратов, их видах, и возможной продолжительности ретенционного периода с целью закрепления результатов лечения. Мне разъяснили, и я понял(а), что в связи с непредсказуемостью дальнейшего развития зубочелюстной системы у моего ребенка и возрастными изменениями жевательного аппарата, установление гарантийных сроков на ретенционный этап лечения невозможно.

Я понимаю, что должен(а) незамедлительно информировать лечащего врача обо всех случаях возникновения осложнений у моего ребенка, аллергии, перенесенных ранее заболеваниях, как острых так и хронических (в том числе о хирургических операциях, наличии сахарного диабета, онкологических заболеваний), травмах, а также о принимаемых лекарственных средствах и биоактивных добавках, непереносимости лекарственных препаратов и ее проявлениях, сообщать правдивые сведения о наследственности, а также употреблении алкоголя, наркотических и токсических средствах, курении, высказывать все жалобы.

Я согласен (на) с тем, что, если мой ребенок не будет следовать изложенным в настоящем документе рекомендациям, врач оставляет за собой право снять ортодонтическую аппаратуру при плохой гигиене полости рта (определяется индексом гигиены) с целью недопущения ухудшения состояния здоровья моего ребенка. В этом случае деньги за проведенный объем лечения возвращены не будут. Ответственность за неблагоприятный исход лечения в случае невыполнения/неполного выполнения рекомендаций врача ложится на меня.

У меня было достаточно времени, чтобы обдумать решение о предстоящем медицинском вмешательстве, описанном в данном документе.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на их проведение моему ребенку.

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 облучения моего ребенка во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологического обследования.

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы ретенционного этапа ортодонтического лечения, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты (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, № 48, ст. 6724; 2012, № 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 медицинской помощи моему ребенку, 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 здоровья моего ребенка, 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 моего ребенка 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 даю разрешение использовать труд любого медицинского работника, участие которого в лечении моего ребенка 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 детского 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 персональных данных моего ребенка и моих, 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 персональных данных моего ребенка и меня 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 ортодонтического лечения у моего ребенка, на которые, я получил (а) исчерпывающие и понятные мне ответы и разъяснения.

У меня было предостаточно 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. Дополнительные условия мною не выдвигаются.

Я разрешаю использовать информацию о заболевании моего ребенка без указания имени и фамилии, фотографии и видео его (ее) зубов (без лица) и полости рта в научных и учебных целях, для оценки качества ортодонтического лечения, публикации на сайте клиники, а также предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику.

Я разрешаю сообщать информацию о лечении моего ребенка 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 и даю свое согласие приступить к ретенционному этапу ортодонтического лечения моего ребенка брекет-системой, на предложенных мне условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись законного представителя: _____ / [REPRES.FULLNAME]

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