

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 ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОТБЕЛИВАНИЕ ЗУБОВ

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 эндодонтическим 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], добровольно обращаюсь в центр семейной стоматологии ООО «Виола» для проведения процедуры отбеливания зубов и соглашаюсь, что мне стоматологический прием будет проводить врач-стоматолог 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 обращаюсь в центр семейной стоматологии ООО «Виола» для проведения манипуляций по отбеливанию зубов, придания цвета эмали зубов более светлого оттенка.

Я понимаю, что отбеливание является не медицинской, а косметической процедурой, не содержит в себе никакого лечебного эффекта, не ведет к улучшению состояния здоровья зубов и полости рта, не имеет медицинских показаний к применению и выполняется по желанию пациента при отсутствии противопоказаний. Я проинформирован(а), что непосредственно перед проведением отбеливания зубов обязательно нужно провести профессиональную гигиену зубов, которая оплачивается отдельно.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу состояния моих зубов и полости рта и соглашаюсь с тем, что при проведении манипуляций по отбеливанию зубов существует определенная степень риска развития осложнений и отсутствия эффекта от услуги:

- после проведения сеансов отбеливания есть риск не достигнуть необходимого результата, то есть отбеливающий эффект будет незначительным или может отсутствовать полностью. Отсутствие эффекта от отбеливания не освобождает пациента от оплаты, поскольку услуга оказана согласно медицинскому протоколу, а подобный результат относится к непрогнозируемым индивидуальным особенностям организма пациента;

- достигнутый результат может очень быстро исчезнуть, то есть зубы могут снова вернуться к первоначальному цвету;

- возможно повышение чувствительности зубов в течение первых дней после отбеливания, то есть появится болезненность при действии горячего, холодного, кислого, сладкого. Эти ощущения обычно проходят в течение нескольких дней;

- возможно появление болезненности в области десневого края, а также видимые незначительные его изменения и повреждения: шероховатость, покраснение, побледнение, рецессия десны;

- после отбеливания возможен риск возникновения значительного цветового различия между собственными тканями зуба и пломбами, а также протезами, которые имеются в полости рта.

Это происходит в силу того, что отбеливающие системы не оказывают какого-либо воздействия на пломбировочные материалы и зубные протезы. Я уведомлен, что искусственные конструкции в полости рта после проведения отбеливания для соответствия их цвета цвету отбеленных зубов возможно придется переделать для уменьшения цветовых различий, что повлечет дополнительные финансовые расходы.

-

Я осведомлен(а) об альтернативных методах лечения, направленных на осветление зубов: изготовление прямых композитных реставраций, изготовление непрямых композитных керамических реставраций, протезирования зубов.

Я уведомлен (а), что отбеливание не проводится лицам до 18 лет, а также при проведении ортодонтического лечения.

Я понимаю, что для достижения желаемого результата процедура клинического отбеливания зубов может быть выполнена в один-два визита или больше посещений, в зависимости от индивидуальных особенностей моих зубов. Каждое посещение будет занимать от часа до 2,5 часов.

Меня проинформировали о том, что при проведении клинического отбеливания более чем в одно посещение, перерыв между процедурами может составлять от одной до двух недель. При большем сроке результаты могут быть менее значительными, т.е. эффективность процедуры будет потеряна.

Меня предупредили, что в случае изначальной повышенной чувствительности зубов необходимо проведение процедуры по снижению чувствительности до и после отбеливания.

Я знаю, что при курении и употреблении продуктов, содержащих красящие вещества (в том числе чай и кофе), а также при недостаточном соблюдении гигиены полости рта, возрастает риск потемнения зубов. Поэтому, начиная манипуляции по отбеливанию, я понимаю необходимость исключить красящие продукты и вредные привычки (курение, вино красное и др) для сохранения результата и обязуюсь не реже одного раза в полгода приходить на прием к врачу для прохождения контрольного осмотра.

Я предупрежден(а), что после проведения отбеливания в 70 - 90% случаев в течение 2-х недель происходит потемнение зубов примерно на 0,5 - 1 тона, однако дальнейший эффект может сохраняться от одного месяца до года.

Я знаю, что результат отбеливания, даже при соблюдении всех правил, предсказать очень трудно, поэтому я соглашаюсь на отбеливание зубов даже если в моем случае минимальным результатом отбеливания зубов будет сохранение цвета неизменным без осветления.

Я осведомлен(а) об основных правилах при проведении процедуры отбеливания домашнего и клинического отбеливания и обязуюсь их соблюдать в течение всего периода проведения процедуры:

- 1) не употреблять фрукты (особенно цитрусовые), а также фруктовые соки и газированные напитки, поскольку это может стать причиной повышенной чувствительности;
- 2) не употреблять в течение 2х недель с момента окончания последней процедуры отбеливания кофе, крепкого черного чая, красного вина, и иных красящих продуктов, а также не курить, чтобы предотвратить вероятность ухудшения результатов услуги отбеливания;
- 3) также я обязуюсь немедленно проинформировать моего лечащего врача обо всех неприятных ощущениях, возникающих при проведении процедур отбеливания.

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 понимаю, что на препараты для отбеливания также возможны аллергические реакции, которые заранее предусмотреть нельзя.

Понимая сущность предложенной манипуляции по отбеливанию моих зубов и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат отбеливания.

Я понимаю, что ожидаемый мной результат не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я понимаю необходимость контроля качества проведенной процедуры и обязуюсь приходить на контрольные осмотры в назначенное время.

В доступной форме мне разъяснены и понятны цели, методы отбеливания, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, включая _____, а также предполагаемые результаты отбеливания зубов (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 клиники, 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 на моем приеме, а также сроки проведения отбеливания моих зубов. 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 и понятно 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 отбеливания 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 уведомлен(а), что появление симптомов аллергии на компоненты материалов не является гарантийным случаем, поскольку подобное осложнение предсказать до начала лечения невозможно, и оно не является следствием неправильных действий врача.

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 отбеливания зубов, 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 фотографии и видео моих зубов (без лица) и полости рта без указания имени и фамилии 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 проведенной манипуляции по отбеливанию зубов 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 отбеливания и даю свое согласие приступить к процедуре профессионального отбеливания зубов, на предложенных мне условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / [CLIENT.FULLNAME]

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