

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 СНЯТИЕ НЕСЪЕМНОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ КОНСТРУКЦИИ

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. паспорт: [CLIENT.PASSP\_FULL], зарегистрирован по адресу: [CLIENT.ADDR\_REG], добровольно обращаюсь в центр семейной стоматологии ООО «Виола» для проведения ортопедического лечения и соглашаюсь с тем, что прием мне будет проводить врач-стоматолог ортопед [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 получила подробные и понятные мне объяснения, что целью снятия несъемной конструкции являются: проведение последующего лечения зуба (зубов), который(ые) находится (находятся) под несъемной конструкцией (искусственная коронка, мостовидный протез, винир, накладка, вкладка и др.) в связи с развитием патологических процессов; разрушение цемента (расцементировка частичная или полная), на котором была закреплена несъемная конструкция - в целях его восстановления; дефект несъемной конструкции; необходимость повторного протезирования зуба (зубов), ранее покрытых несъемной ортопедической конструкцией; продолжение протезирования зубов (для временных несъемных ортопедических конструкций).

Мне понятно, что снятие несъемной ортопедической конструкции проводится в соответствии с «Клиническими рекомендациями (протоколами лечения) при диагнозе частичная адентия», «Клиническими рекомендациями (протоколами лечения) при диагнозе полная адентия», «Клиническими рекомендациями (протоколами лечения) при диагнозе кариес», утвержденными Постановлением № 15 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года, а также иными клиническими рекомендациями и методиками, действующими в Российской Федерации. Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего диагноза (диагноза пациента, законным представителем которого я являюсь) и предварительного плана лечения.

Мне разъяснено и понятно, что основными видами несъемных ортопедических конструкций являются вкладки, одиночные коронки и мостовидные протезы, изготавливаемые с применением металлокерамики, керамики (безметалловая керамика), металла, композитных смол и иных материалов. Несъемные конструкции бывают временными и постоянными. Главное назначение временных (терапевтических) конструкций - поддержание здоровья тканей пародонта, выявление возможных проблем на этапе протезирования и предотвращение их возникновения после фиксации постоянных конструкций. Установка постоянных конструкций, как правило, производится после снятия временных.

Для удаления временных конструкций обычно используют такие инструменты, как скейлер, шпатель, экскаватор, щипцы или гемостат. Коронка или мост аккуратно раскачивается до тех пор, пока цементное соединение не разрушится. Для удаления постоянных несъемных ортопедических конструкций применяются специально разработанные инструменты - пружинные коронкосниматели, пневматические коронкосниматели, ручные копы, использующие механическую силу. Кроме того, применяется метод распиливания конструкции с помощью стоматологических боров, а также путем воздействия ультразвука.

Выбор методов вмешательства делает врач согласно медицинским показаниям, исходя из конкретной ситуации с зубом и установленной конструкцией. Мне названы и со мной согласованы: 1) количество ортопедических конструкций, подлежащих снятию, их особенности,

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

материал, технологии (методы), которые будут использованы в процессе снятия; 2) этапы и сроки выполнения вмешательства, стоимость отдельных процедур и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе вмешательства стоимость может быть изменена, как в сторону увеличения, так и в сторону уменьшения, в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть.

Я предупрежден(а), что в процессе снятия ортопедических конструкций могут быть слышны неприятные звуки откалывающейся от металлической основы керамики, хруст, скрежет. Врач объяснил мне, что, если я не желаю проводить снятие несъемных ортопедических конструкций, я могу отказаться от его проведения. Последствиями отказа могут быть: прогрессирование патологических процессов в зубах, покрытых несъемной конструкцией; прогрессирование заболеваний пародонта; развитие инфекционных осложнений; сколы и переломы зубов, покрытых несъемной конструкцией, которые впоследствии могут потребовать удаления зубов; при отказе от снятия временных конструкций, не предназначенных для длительного использования, возможно развитие патологических процессов и заболеваний зубов (кариеса, пульпита и пр.), покрытых указанной конструкцией; невозможность завершения ортопедического лечения - протезирования зубов с использованием постоянных ортопедических конструкций.

Врач объяснил мне, и я понял(а) возможные осложнения, которые могут иметь место во время и после вмешательства: значительное повреждение твердых тканей зубов; сколы и/или перелом корня зуба (зубов); перелом зуба (зубов); повреждения мягких тканей полости рта; сколы и/или перелом корня соседнего зуба (зубов); повреждение и/или перелом соседнего зуба (зубов); попадание протезов или их частей (элементов) в желудочно-кишечный тракт и дыхательные пути, что может вызвать повреждения ЖКТ и/или асфиксию (остановку дыхания); ощущение дискомфорта, болевые ощущения; отеки слизистой оболочки рта. 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.

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).

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

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(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, 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.

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

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 снятия ортопедических несъемных конструкций, на которые, я получил (а) исчерпывающие и понятные мне ответы и разъяснения.  
Я проинформирован(-а) врачом обо всех особенностях предстоящего снятия ортопедической конструкции (протеза), и я даю свое согласие приступить к снятию несъемной ортопедической конструкции с моих зубов, на предложенных мне условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ / [CLIENT.FULLNAME].

Подпись врача: \_\_\_\_\_ / [TREAT.DFULLNAME]

[BDate]

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