

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 ЗУБОВ У НЕСОВЕРШЕНОЛЕТНИХ ПАЦИЕНТОВ

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 что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского 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: лечение временных зубов у моего ребенка.

Я, соглашаюсь с тем, что лечение моему ребенку будет проводить детский врач-стоматолог центра семейной стоматологии ООО «Виола» [TREAT.DFULLNAME].

В исключительных случаях (например, болезнь врача) центр семейной стоматологии ООО «Виола» может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом, и получив мое устное Согласие.

Я ознакомлен(а) с положением об обязательном присутствии в центре семейной стоматологии ООО «Виола» родителей и (или) лиц, их замещающих при нотариально заверенной доверенности, для проведения любых медицинских процедур моему ребенку.

Врачом стоматологом детским я проинформирован(а) о состоянии здоровья зубочелюстной системы у моего ребенка и поставленном ему предварительном диагнозе:

Я подтверждаю, что на консультативно-диагностическом приеме я получила(а) подробное детальное и понятное мне объяснение в устной форме о необходимости стоматологического лечения _____ зуба (ов) моему ребенку.

Мне объяснили в доступной и понятной форме предварительные планы лечения, включая ожидаемый результат, риски и пути альтернативного лечения, а также возможные, при существующей ситуации и обстоятельствах, дополнительные методы обследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим.

Я понимаю, что при данной клинической ситуации очень сложно поставить точный диагноз (степень поражения, разрушения зуба) и спланировать соответствующее лечение, не прибегая к вмешательству, в связи с чем в ходе лечения возможно уточнение диагноза и коррекция намеченного плана лечения, о чем меня уведомит лечащий врач (детский стоматолог) в процессе лечения зубов у моего ребенка.

Окончательное решение по плану лечения врач сможет принять только после того, как проведет удаление всех пораженных кариесом тканей зуба (зубов).

Мне понятно, что целью лечения кариеса является устранение имеющегося заболевания и сохранение жизнеспособности зуба.

Стоматологическое лечение кариеса заключается в удалении инфицированных тканей зуба, медикаментозной обработке и пломбировании зуба с последующей полировкой.

При глубокой кариозной полости или при остром течении кариеса существует вероятность воспаления нерва зуба и необходимость проведения лечения по поводу пульпита (воспаления сосудисто-нервного пучка зуба).

В ходе лечения при наличии показаний к расширению объёма вмешательства может потребоваться изменение плана лечения, а именно: частичное или полное удаление нерва.

Безопасность зоны медицинского вмешательства обеспечивается посредством применения коффердама, препятствующего проникновению в рабочую зону слюны, предотвращающего

случайное попадание в дыхательные пути мелких инструментов и мелкодисперсных отходов и их заглатывание, а также защищающего слизистую оболочку от воздействия применяемых в процессе лечения зуба веществ.

Мне понятно, что после препарирования и удаления размягченных тканей из кариозной полости, 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 случае, при лечении осложненного кариеса (пульпита) – необходимо будет провести эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов зуба) с последующим заполнением дефекта временной и (или) постоянной пломбой (2 - 4 посещения), либо искусственной коронкой.

Мне в понятной форме врач объяснил возможность нескольких методик лечения осложненных форм кариеса детских зубов, а именно:

удаление пульпы из коронковой части зуба, а в корневой части зуба пульпа сохраняется, подобное лечение проводится в одно или три посещения;

удаление пульпы из коронковой части и полное удаление пульпы из корня зуба, с последующим пломбированием корневых каналов лекарственными препаратами, подобное лечение возможно в два или три посещения.

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, возможно _____

Мне понятно, что эндодонтическая терапия (лечение осложненного кариеса, лечение корневых каналов), имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, оно является биологической процедурой, и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии. Даже при успешном завершении эндодонтического лечения нельзя гарантировать, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению или отлому, перелому в будущем,

Я осведомлен(а) и мне понятны последствия полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно: прогрессирование воспалительного процесса; периодонтита (воспаление окружающих зуб тканей с поражением кости, вплоть до выраженного отека), периостита (воспаление надкостницы), развитие иных патологий (абсцесса, флегмоны, снижение иммунитета, возникновение респираторных заболеваний, развитие фарингита, ларингита, заболеваний желудочно-кишечного тракта),

Развитие осложнений может привести к удалению временного зуба и поражению зачатка постоянного зуба (появлению пятна, кариозному поражению недавно прорезавшегося постоянного зуба, гибели зачатка постоянного зуба).

Мне понятно объяснили, что развитие осложнений у детей происходят быстрее, чем у взрослых, что это обусловлено особенностями кровоснабжения челюстно-лицевой области.

Раннее удаление временных зубов может привести к нарушению сроков прорезывания постоянных зубов, их прорезыванию со смещением, разворотом коронки зуба, смещению нижней челюсти, стойкому формированию аномалий прикуса, развитию логопедических дефектов речи. Также отсутствие зубов влияет на качество пережевывания пищи и формирование косметических недостатков.

Меня ознакомили с факторами, влияющими на успех лечения: правильный уход пациента за полостью рта имеет решающее значение для сохранения здоровых зубов и целостности реставраций. Регулярное посещение гигиениста – 1 раз в 3-4 месяца, в соответствии с индивидуальными показаниями; состояние иммунной системы пациента – способность организма сопротивляться инфекции. Способность иммунной системы противостоять инфекции – главный фактор, влияющий на быстрое выздоровление, ликвидацию очагов в пульпе зуба и в костной ткани, окружающей корень/корни зуба; возраст пациента; агрессивность (вирулентность) бактерий, их способность к внедрению в ткани организма. Очаги инфекции с

_____ ознакомлен (а), согласен (-сна)

высоковирулентными бактериями сложнее поддаются лечению. Особенности питания: употребление чрезмерного количества углеводов может вызвать кариес на зубах, в т. ч. вокруг реставраций. Вредные привычки: скрежетание зубами, надкусывание ручки, прикусывание губ и щек снижают срок службы реставраций и коронок. Психологический фактор: понимание пациентом, а также его родителями или лицами, их заменяющими, важности гигиены, периодических профосмотров и выполнение всех рекомендаций.

Я соглашаюсь с тем, что лечащий врач (детский стоматолог) не может предсказать эмоциональную реакцию ребенка при стоматологическом лечении, в связи с индивидуальной особенностью психо-эмоционального состояния детей, поэтому, невозможно точно предсказать длительность лечения, количество необходимых посещений, а также возможность завершения планируемого этапа лечения в одно посещение.

Я понимаю, что стоматологическое лечение — сложная биологическая процедура, результат которой не является однозначным. В процессе лечения каждого конкретного зуба может возникнуть необходимость эндодонтического лечения (частичное или полное удаление нерва из корневых каналов зуба с последующим пломбированием, замещением дефекта твердых тканей зуба) или удаления зуба, что усложняет ситуацию и возможно увеличит сроки и стоимость лечения.

Меня уведомили, что клиника и её персонал не несет ответственности за качество предоставляемых услуг в следующих случаях: предоставление услуг по требованию пациента или его родителя, расходящемуся с предложенным врачом планом лечения, о чем делается соответствующая запись в истории болезни; возникновения аллергических реакций у пациента, не отмечавшихся ранее; осложнений, возникающих по причине неявки пациента в срок, указанный врачом или в связи с несоблюдением врачебных рекомендаций; переделок и исправления работ в другом лечебном заведении; ремонта, порчи и исправления работы самим пациентом; истечения срока гарантии на оказанные услуги; неудовлетворительного состояния гигиены полости рта.

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 у моего ребенка к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также обо всех имеющихся у него заболеваниях.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования 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, 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 препаратов и о медицинских изделиях, о графике работы, уровне образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг моему ребенку, 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 у моего ребенка, о наличии всех имеющихся у него заболеваний, травм и ранее выполненных операций. Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения моего ребенка, 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 у моего ребенка. Я имел возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил (а) на них понятные мне 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 (а) 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 организма моего ребенка, 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 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 и персональных данных несовершеннолетнего моего ребенка, 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 и персональных данных моего ребенка 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.

Меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги. Дополнительных условий мною не выдвигается.

Я разрешаю использовать информацию о заболевании моего ребенка, без указания имени и фамилии, а также использовать фотографии и видео его зубов (без лица) и полости рта в научных

и учебных целях, для оценки качества лечения, публикации на сайте клиники, а также предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных 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 моего ребенка и даю свое согласие приступить к лечению, на предложенных мне условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись законного представителя: _____ / [REPRES.FULLNAME]

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