

СРЕДСТВАМИ НАМИ НЕ ИСПОЛЬЗОВАНЫ
СРЕДСТВАМИ НАМИ НЕ ИСПОЛЬЗОВАНЫ
СРЕДСТВАМИ НАМИ НЕ ИСПОЛЬЗОВАНЫ
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 НА ПЛАСТИКУ УЗДЕЧКИ ГУБЫ, ЯЗЫКА У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО ПАЦИЕНТА

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, [CLIENT.FULLNAME] [CLIENT.BDATE] г.р. [CLIENT.PASSP_FULL], зарегистрирован по адресу: [CLIENT.ADDR_REG], добровольно обращаюсь в центр семейной стоматологии ООО «Виола» для проведения стоматологического лечения и соглашаюсь с тем, что прием мне будет проводить хирург стоматолог [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, в доступной и понятной для меня форме, информирован (а) врачом хирургом о моем диагнозе: _____, в соответствии с согласованным со мной планом лечения.

Мне понятно и доступно объяснено, что уздечка языка – это перепончатые складки слизистой оболочки ротовой полости, они служат дополнительным креплением языка. Уздечка языка проходит от середины языка до нижнего основания десен в области нижних резцов. Эта складка дополнительно удерживает язык, скрепляя его с челюстными костями. Длина подъязычной уздечки у всех людей разная, но у некоторых наблюдается неправильное ее развитие, в результате чего ограничивается подвижность языка. Если уздечка прикреплена слишком близко или находится на самом кончике языка, необходима ее пластика. Аномалии уздечки зачастую выявляются сразу после рождения - ребенок не может взять грудь, плохо сосет ее и быстро отказывается от кормления. Эти признаки, как правило, свидетельствуют о дефекте ротовой полости - короткой уздечке. При выраженном укорочении уздечки языка проблемы возникают с первых дней жизни: малыш не может правильно взять грудь, часто выпускает грудь изо рта, раздражается, пытается снова захватить сосок. При этом процесс кормления может сопровождаться болевыми ощущениями. При выраженном укорочении уздечки языка проблема обнаруживается в роддоме при осмотре новорожденного, и при возникновении проблем с грудным вскармливанием. В старшем возрасте короткая уздечка языка может приводить к нарушению формирования речи, а также к формированию нижнечелюстной диастемы и воспалению десны. Пластика уздечки языка - малоинвазивная операция, цель которой восстановление нормального питания, дыхания и речевых функций пациента, предотвращение формирования неправильного прикуса и заболеваний пародонта. Я подтверждаю, что при подготовке к проведению пластики уздечки языка получил(а) консультацию стоматолога-ортодонта и стоматолога-терапевта.

Мне понятно и доступно объяснено, что аномалии уздечек губ относятся к врожденным порокам развития челюстно-лицевой области. Короткая уздечка верхней губы – частая патология детского возраста, которая приводит к эстетическому недостатку – диастеме между центральными резцами на верхней челюсти, может вызвать кровоточивость десны. Диастемой называют промежуток, щель (от 1 до 6 мм и более) между центральными резцами, наблюдающийся чаще на верхней и реже на нижней челюсти. Показанием к операции пластики короткой уздечки верхней губы является наличие диастемы и воспалительных изменений в области центральных резцов. Операция пластики короткой уздечки нижней губы проводится при наличии диастемы между нижними центральными резцами, а также воспалительных или воспалительно-дистрофических изменений в области пародонта после проведения

_____ ознакомлен (-а), согласен (-сна)

консервативного лечения у терапевта-стоматолога. Основной задачей операции пластики уздечки нижней губы является устранение натяжения ее путем удлинения тканей в переднезаднем направлении. Пластика уздечки губы - малоинвазивная операция, цель которой восстановление нормального питания, дыхания и речевых функций пациента, предотвращение формирования неправильного прикуса и заболеваний пародонта. Я подтверждаю, что при подготовке к проведению пластики уздечки губы получил(а) консультацию стоматолога-ортодонта и стоматолога-терапевта.

Мне понятно, что френулопластика, пластика уздечки языка, будет выполняться врачом в соответствии с «Клиническими рекомендациями (протоколами лечения) при диагнозе анкилоглоссия», утвержденными Решением Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» 23 апреля 2013 года с изменениями и дополнениями на основании Постановления № 18 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года, а также иными клиническими рекомендациями и методиками, действующими в Российской Федерации.

Существует два основных способа пластики уздечки языка – классическая операция с использованием хирургического инструмента и лазерная хирургия. Френулопластика, как правило, проводится под местной анестезией, с рассечением уздечки языка и перенесением места ее прикрепления с последующим ушиванием. После пластики уздечки языка необходимо обязательное проведение специальных упражнений, занятий с логопедом для формирования правильных речевых навыков. Иногда также требуется назначение лекарственных средств и выполнение некоторых рекомендаций с целью профилактики послеоперационных осложнений. Швы, как правило, снимаются на седьмой-десятый день.

Выбор методов лечения и необходимых мне (пациенту) этапов и сроков лечения делает врач и согласовывает со мной в предварительном плане лечения. Меня подробно ознакомили с планом предстоящего лечения, его сроками и стоимостью, а также со всеми возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех. Совместно с врачом я имел(а) возможность выбрать из всех вариантов лечения наиболее рациональный.

Врач объяснил мне, что, если я не желаю проводить пластику уздечки языка, я могу отказаться от ее выполнения.

Мне понятно объяснено, что операция пластики уздечки губы будет выполняться врачом в соответствии с «Клиническими рекомендациями (протоколами лечения) при диагнозе пародонтит», утвержденными Решением Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» 23 апреля 2013 года с изменениями и дополнениями на основании Постановления № 18 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года, а также иными клиническими рекомендациями и методиками, действующими в Российской Федерации.

Существует два основных способа пластики уздечки губы – классическая операция с использованием хирургического инструмента и лазерная хирургия. Операция, как правило, длится 20-30 минут и может потребовать применения местной анестезии. Пластика проводится с использованием различных методов. Выбор конкретного способа зависит от особенностей строения и крепления уздечки верхней губы: 1) френулотомия, или рассечение уздечки. Ее проведение показано в тех случаях, когда уздечка верхней губы слишком узкая, имеет вид прозрачной пленки и не имеет точек крепления к краю альвеолярного отростка. Рассечение осуществляется в поперечном направлении, а накладывание швов – в продольном; 2) френулоэктомия, или иссечение уздечки. Назначается при широкой уздечке верхней губы. Разрез осуществляется по гребню натянутой уздечки, при этом иссекаются межзубный сосочек и ткани, расположенные в костном промежутке между корневыми частями раздвинутых центральных резцов; 3) френулопластика – ее суть состоит в перемещении участка крепления уздечки верхней губы. Выбор методов лечения и необходимых мне (пациенту) этапов и сроков лечения делает врач и согласовывает со мной в предварительном плане лечения. Меня подробно ознакомили с планом предстоящего лечения, его сроками и стоимостью, а также со всеми

возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех. Совместно с врачом я имел(а) возможность выбрать из всех вариантов лечения наиболее рациональный.

Врач объяснил мне, что, если я не желаю проводить пластику уздечки губы, я могу отказаться от ее выполнения.

Я понимаю, что в случае отказа от пластики, я получу усугубление имеющихся заболеваний и нарушений – нарушение трофики тканей периодонта, деформация прикуса, дефекты речи, функциональные нарушения (сосания, глотания), развитие осложнений (пародонтит и пр.).

Я понимаю, что ожидаемым результатом пластики уздечки губы является достижение целей лечения, предупреждение развития осложнений.

Гарантийный срок на проведенную операцию не устанавливается. Я информирован(а) среднестатистическом проценте благоприятного исхода операции по пластике уздечки губы.

Врач объяснил мне, что после операции: в течение 3-5 суток не рекомендуется заниматься активным физическим трудом; в течение 2-4 часов не рекомендуется принимать пищу; в течение первых 3 суток после операции не следует принимать горячую пищу и напитки, следует употреблять мягкую пищу, нагретую до средней температуры; с целью предотвращения спазма сосудов необходимо отказаться от курения в ближайшие 5 часов (а лучше в течение 3-5 дней) после операции; не употреблять алкоголь на протяжении первых суток (а если назначены антибиотики, то исключить спиртные напитки необходимо на весь курс лечения – согласно инструкции к препарату). Категорически запрещается: греть травмированную область каким-либо образом (прием горячей ванны тоже следует исключить); заниматься интенсивным физическим трудом; открывать рот особо широко; предпринимать попытки проникнуть в рану при использовании посторонних предметов. Для облегчения болевого синдрома может быть показан прием болеутоляющих, противовоспалительных и/или антибактериальных препаратов. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков. Врачом может быть рекомендовано полоскание ротовой полости дезинфицирующими (антисептическими) растворами и медикаментозное лечение. Мне разъяснено и понятно следующее: если врач не назначил полоскания (ротовые ванночки) и/или медикаментозное лечение, я не должен(на) выполнять их без согласования с врачом, так как это может ухудшить мое состояние (состояние пациента).

Я понимаю, что операция пластики уздечки языка, губ является вмешательством в биологический организм и не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов. Некоторые нежелательные побочные действия и осложнения нельзя исключить. Врач объяснил мне, и я понял(а) возможные осложнения, которые могут иметь место во время и после операции: кровотечение; инфекционные осложнения, связанные с микробным фактором; болевые ощущения, отёк; онемение в области проведения операции или лица после хирургического вмешательства; гематомы; повышение температуры и наличие общих симптомов интоксикации; инфицирование раны, прилегающих тканей или сосудистой системы в случае осложнений и при несоблюдении предписанных врачом назначений, рекомендаций и правил гигиены; аллергические реакции на анестезию, коллапс, анафилактический шок. Мне понятно, что указанные осложнения и состояния не являются следствием некачественно предоставленной медицинской услуги, а обусловлены особенностями организма и иными обстоятельствами, не зависящими от Исполнителя. Я понимаю, что курение, приём алкоголя, наркотиков, некоторых лекарственных препаратов, чрезмерное употребление сахара, наличие и обострение имеющихся и вновь возникших заболеваний, полученные острые травмы снижают успех лечения.

Я понимаю, что противопоказания к выполнению пластики уздечки губы: рецидивирующие заболевания слизистой оболочки рта; остеомиелит; множественный кариес с осложнениями; лучевое облучение головы и области шеи; церебральные поражения; болезни крови (лейкозы, гемофилия); инфекционные заболевания в стадии обострения; онкологические болезни; коллагенозы, склонность к формированию келоидных рубцов и иные состояния, препятствующие проведению медицинского вмешательства. 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) - перенесенные операции, заболевания, беременность, принимаемые лекарственные средства, аллергические реакции и т.п. Я осознаю, что, если скрыл(а) какую-то информацию о здоровье, я самостоятельно несу за это ответственность, и понимаю, что это может негативно сказаться на результатах (сроках, стоимости) лечения.

Я понимаю, что мне необходимо явиться на осмотр в сроки, назначенные врачом, а также проконсультироваться с врачом-ортодонтом, если мне (пациенту) показано ортодонтическое лечение.

Я понимаю, что должен(а) незамедлительно информировать лечащего врача обо всех случаях возникновения перечисленных в пункте 3 настоящего согласия состояний, осложнений, 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.

Неявка на приём к врачу в согласованные сроки, невыполнение рекомендаций врача или выполнение их не в полном объеме, может привести к увеличению сроков лечения и как следствие, увеличению стоимости лечения. Я согласен(на) тщательно выполнять рекомендации врача в процессе лечения, понимая, что невыполнение или ненадлежащее их выполнение чревато ухудшением состояния моего здоровья (здоровья пациента) и может повлиять на результат лечения. Ответственность за неблагоприятный исход лечения в случае невыполнения/неполного выполнения рекомендаций врача ложится на меня.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Без анестезии хирургическое вмешательство не может производиться. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости. 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, отека десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше. Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков.

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 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 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 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 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 имплантации и костной и мягкотканой пластики, 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 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]