

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 ТРАВМА ЗУБА У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО ПАЦИЕНТА

Этот документ свидетельствует о том, что центр семейной стоматологии ООО Виола строго руководствуется Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», современными нормами медицинской этики, действующими в передовых странах мира. Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия законного представителя пациента (пациента).

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 стоматологическое вмешательство: лечение травмы зуба (ов).

Я ознакомлен (а) с положением центра семейной стоматологии ООО «Виола» об обязательном присутствии родителей или законного представителя, при наличии нотариальной доверенности, для проведения любых медицинских стоматологических манипуляций моему ребенку.

Мне сообщена, разъяснена врачом центра семейной стоматологии ООО «Виола» и понятна информация о сути медицинского вмешательства моему ребенку и поставленном предварительном диагнозе: _____

Лечащим врачом мне разъяснены и понятны, преимущества и сложности предложенного и альтернативных методов лечения, а также возможные осложнения: тотальный вывих, экзартикуляция, авульсия зуба.

Мне в понятной и доступной для меня форме объяснено, что целью и задачами лечения травмы временного (ых)/ постоянного (ых) зуба (ов) у детей является восстановление целостности травмированного (ых) зубов, предупреждение дальнейшего развития патологического кариозного процесса, сохранение и восстановление анатомической формы травмированного (ых) зуба (ов) и функциональной способности всей зубочелюстной системы, предупреждение развития патологических процессов и осложнений и повышение качества жизни ребенка с травмой зубов.

Мне понятно, что лечение травмы временного (ых)/ постоянного (ых) зуба (ов) у моего ребенка будет выполняться врачом в соответствии с «Клиническими рекомендациями (протоколами лечения) утвержденными Решением Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России», а также иными клиническими рекомендациями и методиками, действующими в Российской Федерации при диагнозе: S02.5 Перелом зуба S02.50 Перелом только эмали зуба (откол эмали) S02.51 Перелом коронки зуба без повреждения пульпы S02.52 Перелом коронки зуба с повреждением пульпы S02.53 Перелом корня зуба S02.54 Перелом коронки и корня зуба S02.57 Множественные переломы зубов S02.59 Перелом зуба неуточненный S03.2 Вывих зуба S03.20 Люксация зуба S03.21 Интрузия или экструзия зуба S03.22 Вывих зуба (экзартикуляция).

Мне понятно, и я согласен (сна) на лечение травмы временного (ых)/ постоянного (ых) зуба (ов) у моего ребенка, чтобы постараться сохранить зуб моему ребенку. Лечение травмы временного (ых)/ постоянного (ых) зуба (ов) может быть как хирургическим (удаление зуба) так и консервативным (эндодонтическое лечение с последующей иммобилизацией (шинированием) зуба (части зуба), я также понимаю, что в дальнейшем потребуются дополнительное лечение корневых каналов, для предотвращения или устранения инфекционного процесса в зубе, я также понимаю и осознаю что несмотря на все усилия со стороны специалиста центра семейной стоматологии ООО виола не исключен риск всё-таки удаления поврежденного зуба.

_____ ознакомлен (а), согласен (-сна)

Я понимаю, что при данной клинической ситуации очень сложно поставить точный диагноз (степень травматического поражения зуба) и спланировать соответствующее лечение, в связи, с чем в ходе лечения возможно уточнение диагноза и коррекция намеченного плана лечения, о чем меня уведомят лечащий врач.

Я соглашаюсь с тем, что врач не может предсказать эмоциональную реакцию ребенка на выполнение манипуляций при лечении зубов в связи с индивидуальной переносимостью манипуляций у каждого ребенка, психо - эмоциональным состоянием, поэтому невозможно точно предсказать длительность лечения, количество необходимых посещений, возможность завершения планируемого этапа лечения во время текущего посещения.

Я информирован(а) о возможных альтернативных методах лечения, а именно удаление пораженного зуба (пораженных зубов), либо не проведение лечения как такового и выбираю метод лечения, указанный в настоящем согласии.

Я информирован(а), что лечение проводится для каждого травмированного зуба независимо от степени поражения и проведенного лечения других зубов.

Мне разъяснен и понятен предварительный план лечения, включающий ожидаемый результат, риск и виды альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, а также необходимые дополнительные исследования, врачебные процедуры и манипуляции.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций, при этом я понимаю, что местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов зависимости от вида анестетика или индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания или временном ощущении припухлости.

Мне разъяснили, и я понимаю, что введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения или гематомы, отека десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше, и др.

Я подтверждаю, что 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, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов.

Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов по особенностям здоровья моего ребенка, сообщил(-а) достоверные сведения о наследственности, а также, обо всех имеющихся у моего ребенка заболеваниях.

Мне понятно 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 о вещественные 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 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 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 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.

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 предстоящего лечения моего ребенка, 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 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 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 стоматологического лечения у моего ребенка и даю свое согласие приступить к лечению травмы временного (ых)/ постоянного (ых) зуба (ов), на предложенных мне условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись законного представителя: _____ / [REPRES.FULLNAME]

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

_____ ознакомлен (а), согласен (-сна)