

[[CLIENT.FULLNAME]]
 [[CLIENT.BDATE]] г.р.
 [[REPRESENTATIVE.FULLNAME]] г.р.
 [[REPRESENTATIVE.BDATE]] г.р.

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 УДАЛЕНИЕ ВРЕМЕННОГО (ЫХ) ЗУБА (ОВ) 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, [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: удаление _____ зуба (ов). 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 или других непредвиденных ситуациях) центр семейной стоматологии ООО «Виола» может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом не менее чем за 12 часов до приема 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 проведении любых медицинских стоматологических процедур моему ребенку.

Я понимаю, что этот документ содержит необходимую для меня информацию о том, чтобы я ознакомился(-лась) с предлагаемым лечением, удалением зуба (ов) и мог(-ла) либо отказаться от неё, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

Детским стоматологом на консультативно-диагностическом приеме проинформировал меня о состоянии здоровья зубочелюстной системы у моего ребенка и поставленном ему предварительном диагнозе: _____, я получила(а) подробное детальное и понятное мне объяснение, в устной форме, о необходимости стоматологического лечения, удаления зуба (ов) моему ребенку.

В случае отказа от удаления инфицированного временного зуба у ребенка возможно развитие осложнений: 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 поражению зачатка постоянного зуба (появлению пятна, кариозному поражению недавно прорезавшегося постоянного зуба, гибели зачатка постоянного зуба).

Раннее удаление временных зубов может привести к затруднению или 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.

В понимаю, что во время удаления зуба и в послеоперационном периоде могут быть болевые ощущения; возможна припухлость мягких тканей; повышение температуры и наличие общих симптомов интоксикации; ограничение открывания рта, увеличение лимфатических узлов; _____

Меня ознакомили с факторами, влияющими на успех лечения: правильный уход за полостью рта имеет решающее значение для сохранения здоровых зубов и целостности зубов и

_____ ознакомлен(а), согласен(сна)

реставраций, регулярное посещение гигиениста – 1 раз в 3-4 месяца, в соответствии с индивидуальными показаниями, способность иммунной системы противостоять инфекции – главный фактор, влияющий на быстрое выздоровление, ликвидацию очагов в пульпе зуба и в костной ткани, окружающей корень/корни зуба, 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, психологический фактор: понимание пациентом, а также его родителями или лицами, их заменяющими, важности гигиены, периодических профосмотров и выполнение всех рекомендаций.

Удаление временного зуба проводится под местной анестезией или в сочетании с седацией, применение которой может привести к следующим осложнениям, не являющимся дефектами оказания медицинской помощи: гематома в месте укола, эрозия в месте укола, аллергическая реакция на обезболивающий препарат (сыпь, отек, анафилактический шок).

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии или в сочетании с седацией, с целью обезболивания медицинских манипуляций. Инъекции могут привести к следующим осложнениям, не являющимся дефектами оказания медицинской помощи: гематома в месте укола, эрозия в месте укола, аллергическая реакция на обезболивающий препарат (сыпь, отек, анафилактический шок). Токсическая реакция на обезболивающий препарат (тошнота, головокружение, кратковременная потеря сознания, нарушение координации).

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) детского 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 моего ребенка 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.

В доступной форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи моему ребенку, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи моему ребенку (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 №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" (Собрание законодательства РФ, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 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 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 о вещественные результаты оказанных услуг, о правилах использования установленных стоматологических конструкций.

_____ознакомлен(а), согласен(сна)

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 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.

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

_____ ознакомлен(а), согласен(сна)

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 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]

_____ ознакомлен(а), согласен(сна)