

Информированное согласие на проведение медицинского вмешательства.

Я, _____, обратившись за медицинской помощью в стоматологическую клинику ООО "Ортодентика", адрес: г.Тамбов, ул. Чичканова, д. 131, ОГРН: 1106829003500, выдан Инспекцией Федеральной налоговой службы по городу Тамбову 28.05.2010г. действующая на основании Устава и Лицензии ЛО-68-01-001258 от 30 сентября 2019 г, выданной Управлением Здравоохранения Тамбовской области (392000 г. Тамбов ул.Советская д.106/ул.Горького д.5, тел. 79-25-10), виды работ(услуг), выполняемых(оказываемых) в составе лицензируемого вида деятельности: оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии; сестринскому делу; оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, ознакомлен(а) с необходимым первичным планом обследования и возможными методами лечения, включающими в себя: осмотр врача, проведение консультаций специалистов, проведение методов исследования и согласен(а) с применением в рамках договора оказания платных медицинских услуг данных видов медицинских вмешательств.

Мне доктор сообщил, о показании лечения зубов с возможным лечением корневых каналов. Доктор разъяснил мне метод и способ выполнения предложенного лечения, преимущество лечения корневых каналов, перед удалением и последствия, которые могут наступить при невыполнении лечения, и другие возможные осложнения, могущие возникнуть в ходе и после лечения: 1. Ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего доктор назначит препараты, если сочтет это нужным. 2. Отечность десны в области леченого зуба или лица после лечения, которые могут сохраняться в течении нескольких дней или больше. 3. Инфекция. 4. Тризм (ограниченное открывание рта), который обычно длится несколько дней. 5. Частота неудач составляет 5-10 % (При неудаче может потребоваться повторное лечение, хирургическое вмешательство в области верхушки или удаление зуба). 6. Переломы инструментов во время лечения корневого канала, которые (по усмотрению врача) могут быть оставлены в канале, или может потребоваться их хирургическое удаление. 7. Перфорация корневого канала инструментами, что может потребовать дополнительной хирургической коррекции или привести к преждевременной утрате зуба или удалению. 8. Преждевременная утрата зуба, вследствие прогрессирующего заболевания пародонта. 9. Избыточное пломбирование каналов, или недопломбировка каналов. 10. Воспалительные явления (или обострения) верхнечелюстной пазухи или нижнечелюстного нерва, парестезия. 11. Возникновение кариеса под пломбой или в другом месте – в этом же зубе. 12. Вскрытие полости зуба. 13. Изменение цвета зуба. 14. Обострение воспаления в пульпе зуба с последующим дополнительным лечением корневых каналов. 15. Изменение формы пломбы. При лечении корневых каналов абсолютной гарантии успешного лечения нет.

Я понимаю, что после лечения корневых каналов мой зуб будет более хрупким и его нужно будет защитить от перелома путем установления коронки (вкладки).

Я осведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника), предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на моем здоровье.

Я понимаю, что я должен прийти на повторный осмотр для того, чтобы доктор мог оценить результаты лечения зубов.

Я информирован(а), что после удаления зубных отложений возможно временное появление чувствительности зубов, дискомфорта во время приема пищи. Я также информирован(а) о том, что в результате очистки зубов от камня могут проявиться скрытые ранее под ним дефекты эмали – пористость, шероховатость, пятна, кариес; что станут более видимыми (ранее скрытые камнем), промежутки между зубами, особенно в пришеечной области вследствие нормальной трапециевидной формы зубов. Я информирован(а) о невозможности причинения вреда эмали зубов (возникновении кариеса и дефектов эмали) при чистке ультразвуком.

В случае несоблюдения режима лечения и неявки на повторно назначенное лечение (нарушение принятого лечебного плана) клиника не несет ответственность за последующие проявления осложнений.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Я, предоставляю ООО «Ортодентика» (далее Оператор) право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) финансовые и разрешительные документы. В процессе оказания мне медицинской помощи, в том числе, при прохождении мною предварительных, периодических, углубленных медицинских осмотров, дополнительной диспансеризации, диспансеризации, я предоставляю право Оператору передавать мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, третьим лицам в интересах моего обследования и лечения, уточнения диагноза заболеваний, оформления финансовых, разрешительных документов, связанных с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие действует бессрочно или до момента отзыва мною согласия по письменному заявлению.

Подпись пациента _____ Дата «__» _____ 202__ г.