

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО: опрос, осмотр, проведение рентгенологического обследования, на обработку персональных данных, фото- и видеосъемку, на информирование о возможности лечения по ОМС, на информирование о роли фоновых заболеваний в лечении основного стоматологического заболевания

Я, {ФамилияИмяОтчество}, {ДатаРождения} г.р. зарегистрированный по адресу: {АдресРегистрации}, {Паспорт}, в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Ваш Дантист», расположенным по адресу: 115432, г. Москва, вн.тер.г. Муниципальный округ Даниловский, ул. Архитектора Щусева, д 2 к 3, пом. 14/1 (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный телефон, адрес электронной почты, изображение, данные о состоянии моего здоровья, заболевания, фактах обращения за медицинской помощью – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг. В процессе оказания мне медицинской помощи я предоставляю Оператору в интересах моего обследования и лечения право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными. Я даю согласие на: - осуществление аудио- и видеозаписи в помещениях Оператора; - предоставление моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, контактный телефон, ООО «Ранг Интеллект», ИНН: 9705174740, для сбора и учёта мнений о качестве оказанных услуг и медицинской помощи. Оператор вправе продолжить обработку персональных данных при наличии оснований, указанных в пунктах 2 – 11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных». Настоящее согласие дано мной {ТекущаяДата} и действует бессрочно. Этот раздел бланка заполняется только для лиц, не достигших возраста 15 лет или недееспособных граждан:

Я, _____, паспорт: _____, выдан: _____, являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, дата рождения)
--

- Добровольно даю свое согласие на проведение мне (моему представляемому) в соответствии с назначениями врача следующих видов медицинских вмешательств: опрос (выявление жалоб, сбор анамнеза); осмотр, в том числе, пальпация, перкуссия и рентгенологическое обследование.
- Правдиво проинформировал(а) врача и заполнил(а) **Анкету** о состоянии здоровья (здоровья представляемого), в том числе, об аллергических реакциях и индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении мной (представляемым) алкоголя, наркотических и токсических средств.
- Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о состоянии моего здоровья (здоровья представляемого). Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы.
- Мне была разъяснена и понятна информация о необходимости проведения предложенного рентгенологического обследования, а также то, что при отказе от его проведения врач не сможет провести качественную диагностику и лечение, а также исключить осложнения после лечения. Мне известно, что при получении рентгенограммы неудовлетворительного качества необходимо повторное выполнение снимка. Мне известно, что противопоказаниями для рентгенологического обследования являются: беременность на протяжении всего срока,отягощенный анамнез, пребывание в зонах радиоактивных катастроф, проведение пациенту курса лучевой терапии по поводу сопутствующих заболеваний, менее чем за 6 месяцев до настоящего времени; выполнение других рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой; работа, связанная с источником ионизирующих излучений. Мне известно, что назначение рентгенологических исследований детям до 15 лет осуществляется только по строгим клиническим показаниям, с согласия и в присутствии родителей. В обязательном порядке мне будет сообщена информация о полученной дозе облучения и мерах, которые необходимо соблюдать, чтобы исключить отрицательные последствия во время и после рентгенологического обследования.
- Согласен(а) с объемом и сроками проведения диагностических мероприятий.
- Мне разъяснено о возможных негативных последствиях в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба(ов); системные проявления заболевания.
- Информирован(а) о возможности получения соответствующих видов услуг и объемов медицинской помощи бесплатно в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге и об альтернативных предложенному виду методах лечения, а также о преимуществах предложенного вида лечения.
- Согласен(а) на участие в лечебно-диагностических и консультационных мероприятиях лиц, имеющих медицинское образование, исключительно в медицинских, научных или обучающих целях, проведение консультаций и консилиумов по поводу моего заболевания (заболевания представляемого), а также на передачу всей медицинской информации о состоянии моего здоровья (здоровья представляемого) для получения медицинских и экспертных заключений, при условии сохранения врачебной тайны.
- Разрешаю делать фотографии и видеозаписи, связанные с лечебным процессом и использовать их для научных, образовательных и рекламно-маркетинговых целей, при условии сохранения врачебной тайны.
- Ознакомлен(а) с Правилами нахождения пациентов в Клинике и обязуюсь выполнять их, а также обеспечить их выполнение представляемым мною гражданином.
- Подтверждаю, что, в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о роли фоновых заболеваний в лечении основного стоматологического заболевания. Мне понятно, что наряду с Основным заболеванием у меня могут быть и сопутствующие, и фоновые заболевания. Основное заболевание - заболевание, послужившего причиной обращения в стоматологическую клинику. Фоновое заболевание - заболевание, которое не связано по этиологии с Основным заболеванием, то есть по причинам и механизму возникновения, но может оказать значительное влияние на течение и прогноз основного заболевания, если включится с ним в патогенез развития осложнений. (Смолянинов А.В. 1970, Зайратьяниц О.В. с соавт., 1999;2003) Это отличает его от сопутствующего заболевания, которое не влияет на основное заболевание и результат его лечения. Само фоновое заболевание, находясь в ремиссии может не являться противопоказанием для лечения Основного заболевания, но требует лечения для поддержания ремиссии. Ниже представлен ряд фоновых заболеваний и состояний способных оказать негативное влияние на лечение Основных стоматологических заболеваний в том числе при зубном протезировании:

- Бруксизм
- Заболевания височно- нижнечелюстного сустава
- Хронический гайморит
- Хронические очаги инфекции ранее леченных зубов
- Парез лицевого нерва
- Невралгия тройничного нерва
- Ятрогенные состояния (например, после не корректной гигиенической чистки зубов и дентальных имплантов в иных клиниках.)
- Сахарный диабет
- Дисфункции щитовидной железы
- Остеопороз и последствия приёма бисфосфонатов
- Эпилепсия
- Алкоголизм
- Системные заболевания соединительной ткани
- Никотиновая зависимость
- Психические заболевания
- Онкологические заболевания и последствия их лечения

Я понимаю, что фоновые заболевания условно можно разделить на фоновые заболевания стоматологического профиля и не стоматологического. Соответственно и их лечение необходимо проводить у соответствующих специалистов. Развитие фонового заболевания может повлиять на результаты даже уже завершенного лечения Основного заболевания и привести к следующим осложнениям:

- Деформации, перелом, трещины или сколы облицовочного материала ортопедических конструкций;
- Болевой синдром в височно- нижнечелюстном суставе;

1
Исполнитель _____

Заказчик _____

- Хронический гайморит в области с ранее установленными имплантатами и проведённого синус-лифтинга;
- Прикусывание губ и щёк в процессе жевания;
- Развитие пародонтита и расшатывание зубов-антагонистов;
- Развитие перимплантита и отторжение имплантов после их интеграции;
- Аллергические реакции на используемые стоматологические материалы.

Мне разъяснено, что для лечения фоновых заболеваний стоматологического профиля мне будут предложены необходимые медицинские обследования и медицинские вмешательства в настоящей клинике или в иных специализированных лечебных учреждениях, где компетенции по возникшему вопросу выше с отдельным подробным информированием меня. Я информирован(а), что **лечение фонового заболевания не входит в стоимость лечения основного заболевания, проводимого или уже проведённого врачом-стоматологом.** Мне разъяснено, что выявление ряда Фоновых заболеваний не входит в компетенцию врача-стоматолога, что может потребоваться дополнительное обследование, консультации и лечение у врачей-специалистов в целях исключения развития описанных выше осложнений. Я знаю о наличии у меня фонового заболевания в ремиссии, мне озвучили предварительный диагноз, и выдали направления на дополнительные обследования. Но я отказываюсь от предварительного углублённого медицинского обследования. Считаю своё состояние удовлетворительным. И готов(а) приступить к лечению заболевания послужившего причиной моего обращения. Я понимаю, что для осуществления полного комплексного лечения потребуются выполнить дальнейшие этапы лечения, о которых я предупрежден(а). Я отказываюсь от предварительной полной санации полости рта и предварительного лечения фоновых заболеваний. Я был(а) ознакомлен(а) с Альтернативными планами лечения, учитывающими возможное обострение и развитие Фонового заболевания, их ориентировочной стоимостью и объёмом медицинских услуг. Я предупреждён(а) о возможных последствиях для здоровья и финансовых рисках, связанных с переделкой выполненной работы по лечению моего основного заболевания в связи обострением фоновых.

1. Мне разъяснено мое право в любое время отозвать настоящее добровольное согласие.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое информированное согласие в предложенном объеме.

{ТекущаяДатаПолная} _____
(Ф.И.О., подпись)