ООО «ДОВЕРИЕ» ЛИЦЕНЗИЯ №ЛО-50-01-006354, от 11 февраля 2015г.(бессрочно), Министерство Здравоохранения М.О.

141191 Московская обл., г. Фрязино, ул. Горького, д.8, пом.11 Генеральный директор Булыгин Илья Александрович

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_г.

Я, (фио)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в дальнейшем Пациент(Заказчик)

**СОГЛАСИЕ**

**пациента на обработку персональных данных**

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку ООО «ДОВЕРИЕ» расположенного по адресу 141191 Московская обл., г. Фрязино, ул. Горького, д.8, пом.11 , (далее - Оператор) моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество; пол,дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа, удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС); страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью; сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведённом лечении, данных рекомендациях. В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на обработку моих персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Оператор имеет право:

- при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчётных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями;

- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что указанные предоставление передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты и составляет двадцать пять лет. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации.

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

Я согласен (а) со следующими действиями с моими персональными данными:

1. Обработка моих персональных данных в защищённых в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов;

2. Обработка моих персональных данных, защищённых в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т.ч. и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку. Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие на проведение стоматологического вмешательства**

**Лечение корневых каналов (Эндодонтическая терапия) с использованием анестезии.**

**(Настоящее добровольное информированное согласие составлено в соответствии со ст.20 ФЗ N323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ от 21 ноября 2011 г.)**

Доверяю врачу-стоматологу клиники ООО «ДОВЕРИЕ» провести лечение зуба(зубов). Метод лечения: эндодонтическая терапия (лечение корневых каналов). Этот документ содержит информацию, необходимую для того, чтобы я ознакомился с предлагаемым Лечением и мог либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения. Доктор ознакомил меня с поставленным диагнозом и указал на необходимость лечения корневых каналов зубов. Последствия отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба, а также системные проявления заболевания. Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов); отсутствие лечения как такового. Хотя эндодонтическая терапия имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех. Доктор объяснил понятным и доступным для меня языком (избегая не понятных мне терминов), все возможные осложнения, которые могут произойти во время данного лечения корневых каналов, а именно: Имеется определенный процент (5-10%) неудач эндодонтического лечения. Что может потребовать: повторное лечение корневых каналов в будущем и даже удаление зуба. И это зависит от глубины поражения зуба и окружающих тканей, и обуславливается только особенностями и возможностями организма человека. При повторном лечении корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается, что связано: с невозможностью удалить старую корневую пломбу, либо металлический штифт из корневого канала; с сильной кальцификацией (мне было разъяснен данный термин) корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфораций, поломки инструментов). При лечении искривленных корневых каналов также имеется более высокий процент поломки инструментов, перфораций и переломов корня. Если возникает необходимость лечения корневых каналов зуба, покрытого одиночной коронкой, либо являющегося опорой несъемного или съемного протеза, то, при создании доступа к корневым каналам данного зуба может произойти повреждение ортопедической конструкции (например, трещина коронки), либо может возникнуть необходимость снятия всей ортопедической конструкции (при этом также возможно ее необратимое повреждение). Доктор также объяснил мне необходимость обязательного восстановления зуба после проведения эндодонтического лечения; в противном случае последнее может потерпеть. Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества эндодонтического лечения и обязуюсь приходить на контрольные осмотры (не реже одного раза в шесть месяцев, если иное не рекомендовано доктором и записано в истории болезни). Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтической терапии. Что бы избежать или снизить риск болевых ощущений мне было сообщено, что в ходе лечения будет применена анестезия, выбор которой проводит врач при моем согласии с учетом данных о состоянии моего здоровья, которые я ему сообщила. Мне ясна важность передачи точной и достоверной информации о состоянии моего здоровья. Меня проинформировали об осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал (проинформировала) доктора о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен (согласна) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что это в моих интересах приступить к лечению корневых каналов. Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел возможность задавать все интересующие меня вопросы. Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Настоящее приложение является неотъемлемой частью медицинской карты.

Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Информационное добровольное согласие на проведение стоматологического вмешательства Лечение кариеса с использованием анестезии (при необходимости).** **(Настоящее добровольное информированное согласие составлено в соответствии со ст.20 ФЗ N323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ от 21 ноября 2011 г.)**

Я, доверяю врачу-стоматологу клиники ООО «ДОВЕРИЕ» провести лечение зуба (зубов) по кариесу.

Этот документ содержит информацию, необходимую для того, чтобы я ознакомился с предлагаемым лечением и мог(ла) либо отказаться от него, либо дать согласие на проведение данного лечения, которое заключается в иссечении твердых тканей зуба, пораженных кариесом и замещении их пломбировочным материалом. Последствиями отказа от лечения могут быть: появление и нарастание болевых ощущений, развитие местных осложнений, требующих эндодонтического лечения, разрушения и потеря зуба. Мне было сообщено, что в ходе лечения будет применена анестезия, выбор которой проводит врач, при моем согласии. Мне разъяснено, что местная анестезия имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции. Обезболивание проводится в области стоматологического вмешательства и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с введением анестезирующего вещества. Обезболивание действует местно, т.е. на определенный участок полости рта и близлежащие ткани, включая зубы. Местное обезболивание приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности тканей в зоне действия анестезии, а также к временному ощущению припухлости этой области и уменьшению подвижности. Длительность эффекта может варьировать от 15 минут до нескольких часов, в зависимости от вида анестетика, способа его введения и индивидуальной восприимчивости организма. Я ознакомлен(а) с сутью метода и действием применяемых лекарственных препаратов, с возможным изменением объема и тактики лечения, в случае изменения состояния моего здоровья, непереносимости мною тех или иных лекарственных препаратов. Последствиями отказа от данной процедуры, может быть невозможность качественного выполнения медицинских манипуляций из-за болезненности процедур, что является следствием проявления боли в момент проведения лечебных мероприятий, при этом, порог болевой чувствительности у каждого человека индивидуален. Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске анестезии, включая вероятность возникновения осложнений в виде: аллергической реакции, потери сознания (обморок, коллапс), учащения сердцебиения, повышения артериального давления, травматизации нервных окончаний и сосудов (проявляющимися изменением чувствительности, небольшими кровоизлияниями в месте укола), тризма (ограниченное открывание рта) и т.п., которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше. Действие анестезии может быть затруднено при выраженном стрессе, при употреблении алкогольных или наркотических веществ, некоторых медикаментозных препаратов, индивидуальных особенностях организма. Мне объяснили в понятной форме основной план лечения, а также сопутствующие явления планируемого лечения, включая: боль, дискомфорт, чувствительность к температурным раздражителям в течение нескольких дней после постановки пломбы; возможность воспаления пульпы («зубного нерва») при глубоком кариесе в связи с проникновением бактерий кариозного происхождения в пульпарную камеру (полость зуба). В этом случае потребуется: снять поставленную пломбу, пролечить каналы зуба (за плату), поставить новую пломбу (по Гарантии, без оплаты). Я проинформирован о том, что «Светоотверждаемые» композитные материалы дают большие возможности эстетического восстановления твердых тканей зубов. Однако, при реставрации передней группы зубов требования пациента к ожидаемым результатам могут быть неоправданно завышенными. Идеальный результат в этих случаях достигается путем установки «Виниров» в кресле- ортопеда. Мне объяснено, что существует вероятность того, что во время проведения основного плана лечения выяснится необходимость в частичном или полном изменении данного плана, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии моего здоровья, а также выполнения всех полученных от врача указаний, касающихся соблюдения индивидуальной гигиены полости рта. Я проинформировал(а) доктора обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Вся информация была донесена до меня в понятной и доступной форме. Я прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное и удовлетворен(а) ответами на мои вопросы. Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям пациента при получении данной медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления этой услуги. Дополнительные условия мною не выдвигаются. Расширительных требований не имею.

Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие на анестезиологическое пособие (местное обезболивание). УБИСТЕЗИН ФОРТЕ 4%**

**(Настоящее добровольное информированное согласие составлено в соответствии со ст.20 ФЗ N323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ от 21 ноября 2011 г.)**

Я, находясь на лечении в медицинской организации ООО «ДОВЕРИЕ», по моему добровольному желанию, прошу провести все необходимые мероприятия и манипуляции, способствующие достижению наиболее безболезненного проведения процедур, связанных с лечением моего стоматологического заболевания. Этот документ содержит необходимую для меня информацию для того, чтобы я ознакомился с предлагаемым способом обезболивания и мог либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение. Мне было сообщено, что в ходе лечения будет применена анестезия, выбор которой проводит врач, при моем согласии. Мне разъяснено, что местная анестезия имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции. Обезболивание проводится в области стоматологического вмешательства и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с введением анестезирующего вещества. Обезболивание действует «местно», т.е. на определенный участок полости рта и близлежащие ткани, включая зубы. Местное обезболивание приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности тканей в зоне действия анестезии, а также к временному ощущению припухлости этой области и уменьшению подвижности. Длительность эффекта может варьировать от 15 минут до нескольких часов, в зависимости от вида анестетика, способа его введения и индивидуальной восприимчивости организма. В крайне редких случаях (исследования показали 0,001%) онемение (частичная потеря чувствительности) может продолжатся до 6 месяцев. Я ознакомлен(а) с сутью метода и действием применяемых лекарственных препаратов, с возможным изменением объема и тактики лечения, в случае изменения состояния моего здоровья, непереносимости мною тех или иных лекарственных препаратов. Последствиями отказа от данной процедуры, может быть невозможность качественного выполнения медицинских манипуляций из-за болезненности процедур, что является следствием проявления боли в момент проведения лечебных мероприятий, при этом, порог болевой чувствительности у каждого человека индивидуален. Я информирован также об основных преимуществах, сложностях и риске анестезии, включая вероятность возникновения осложнений в виде: аллергической реакции, потери сознания учащения сердцебиения, повышения артериального давления, травматизма нервных окончаний и сосудов (проявляющимися изменением чувствительности, небольшими кровоизлияниями в месте укола), тризма (ограниченное открывание рта) и т.п., которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше. Действие анестезии может быть затруднено при выраженном стрессе, при употреблении алкогольных или наркотических веществ, некоторых медикаментозных препаратов, индивидуальных особенностях организма. Я имел возможность задать все интересующие меня вопросы. Вся информация была донесена до меня в понятной и доступной форме. Я прочитал и понял все вышеизложенное и удовлетворен ответами на мои вопросы.

Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям пациента при получении данной медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления этой услуги. Дополнительные условия мною не выдвигаются. Расширительных требований не имею.

Подпись Пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_ г.

Подпись Врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_