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

**Информационное добровольное согласие на проведение стоматологического вмешательства Удаление зуба, корня зуба 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.)**

**От «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ 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.

Я(ФИО) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в дальнейшем Пациент, доверяю врачу-стоматологу клиники ООО «ДОВЕРИЕ» провести лечение зуба (зубов). Метод лечения: удаление зуба, (корней). Альтернативных вариантов лечения нет. Перспективы и результаты медицинского вмешательства при имеющемся заболевании зависят от своевременности удаления, полноты удаления тканей зуба, размера травмы окружающих мягких и твердых тканей, общего состояния организма, индивидуальных анатомических и физиологических особенностей, выполнения рекомендаций врача, посещения врача для контрольного осмотра. Возможные осложнения, время их развития и исчезновения, методы и результаты их коррекции: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений – альвеолита, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма, перелом зуба, соскальзывание наложенных щипцов с зуба, попадание осколка корня зуба в гайморову пазуху, перфорация гайморовой пазухи, откол части кортикальной пластинки альвеолярного ложа зуба, травматический отек, аллергические реакции на раствор анестетика, травма и/или удаление зачатка постоянного зуба. Время возникновения осложнений от немедленного до 1 месяца. Коррекция осложнений может потребовать дополнительного лечения. Методы реабилитации после проведения лечения, способствующие скорейшему выздоровлению: выполнение рекомендаций врача, памятки для пациента после удаления зуба, посещение пациентом врача для контрольных осмотров. Методы первичной и вторичной профилактики осложнений: проинформировать врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и в настоящее время, выполнять все предписания и рекомендации врача. Я был предупрежден о том, что последствиями отказа от данного хирургического вмешательства могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. Исполнитель гарантирует, что при проведении дополнительных диагностических, лечебных или профилактических мероприятий, которые могут быть потенциально опасными для жизни и здоровья Пациента, в обязательном порядке информирует об этом Пациента и приведет сведения о возможных осложнениях, методах их профилактики и коррекции (при угрозе альвеолита, появлении болевых ощущений, а также обострении системных заболеваний организма, перелома зуба, соскальзывания наложенных щипцов с зуба, попадания осколка корня зуба в гайморову пазуху, перфорации гайморовой пазухи, откола части кортикальной пластинки альвеолярного ложа зуба, травматического отека, аллергической реакции на раствор анестетика, травмы и/или удаления зачатка постоянного зуба).Мне известно, что при данном медицинском вмешательстве могут возникнуть ситуации, опасные для здоровья, также возможны аллергические реакции и связанные с ними осложнения. В случае необходимости я доверяю врачу расширить объем оказываемых услуг до необходимого для надлежащего оказания медицинских услуг или предотвращения вреда состоянию моего здоровья. Лист информированного согласия мною прочитан, осознан и понят, достаточен для принятия решения о согласии на получение медицинских услуг. Памятка после удаления зуба получена. 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.

Подпись Пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024\_\_\_\_