**Добровольное информированное согласие на оказание стоматологической помощи**

Мне,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в доступной для меня форме предоставлена и разъяснена информация по оказанию стоматологической помощи. Я предупрежден(а) о возможности возникновения осложнений в связи с проводимыми манипуляциями вследствие наличия у меня заболеваний полости рта или челюстно-лицевой области, наличием сопутствующих заболеваний, а также в связи с индивидуальными особенностями организма:

гематома, парез, контрактура жевательной мускулатуры, парестезия (онемение) после проведенной инъекции;

постпломбировочные боли при накусывании;

отек мягких тканей;

возможное попадание пломбировочного материала за верхушечное отверстие зуба при эндодонтическом лечении зуба;

отлом эндодонтического инструмента в корневых каналах;

появление околокорневых изменений после пломбировки корневых каналов с плохой проходимостью;

откол коронковой части зуба при наличии значительного разрушения твердых тканей;

травма слизистой или мягких тканей полости рта при непроизвольных движениях пациента.

Я предупрежден(а), что в ходе лечения может возникнуть необходимость послабляющего разреза после эндодонтического лечения зуба; возможно его удаление, если лечение не дало положительного результата.

Я проинформирован(а) о необходимости выполнения врачебных рекомендаций по уходу за полостью рта после проведенных манипуляций. При несоблюдении рекомендаций врача и при употреблении в первые сутки пищи, содержащей красящие вещества, возможно изменение цвета пломбы. Я также информирован(а) о том, что в соответствии с п.1 ст. 27 ФЗ №323 от 21.11.11 г. "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья.

Мною получены исчерпывающие ответы на вопросы о предстоящем лечении.

Личной подписью даю согласие на осмотр и оказание стоматологической помощи врачам поликлиники в объеме, определенном лечащим врачом.

Я даю согласие на обработку моих персональных данных.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

**СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Зарегистрированный(ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 № 152-ФЗ и статьей 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку Исполнителем моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), указанных в договоре оказания услуг, реквизиты полиса добровольного медицинского страхования (ДМС – если пациент лечится по полису добровольного медицинского страхования), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью – в медико-профилактических целях, установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

.Предоставляю Исполнителю право, используя смешанный способ обработки персональных данных, осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, удаление, передачу.

Действуя свободно, своей волей, в своем интересе и в целях достижения максимального качества оказываемых стоматологических услуг я поручаю и предоставляю право осуществлять все вышеперечисленные действия (операции) с моими персональными данными третьим лицам. В процессе оказания мне медицинской помощи я представляю право Исполнителю передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, лицам, оплачивающим мое лечение.

Исполнитель вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Исполнителя по почте заказным письмом с уведомлением о вручении.

Я подтверждаю, что все указанные в настоящем согласие данные верны, подтверждаю, что номер, указанный в договоре является моим номером телефона.

Настоящее согласие действует 10 (Десять лет).

Согласие на обработку персональных данных является конкретным, информированным и сознательным.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_г. Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ « \_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения,

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в [Перечень](https://login.consultant.ru/link/?rnd=A490492E8229617687C498BEF9D132A6&req=doc&base=RZR&n=129546&dst=100009&fld=134&date=18.03.2019) определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе

врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее -Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Обществе с ограниченной ответственностью « Медицинский Центр Здоровье» Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](https://login.consultant.ru/link/?rnd=A490492E8229617687C498BEF9D132A6&req=doc&base=RZR&n=129546&dst=100009&fld=134&date=18.03.2019), или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных [частью 9 статьи 20](https://login.consultant.ru/link/?rnd=A490492E8229617687C498BEF9D132A6&req=doc&base=RZR&n=304449&dst=100263&fld=134&date=18.03.2019) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

  Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 [части 5 статьи 19](https://login.consultant.ru/link/?rnd=A490492E8229617687C498BEF9D132A6&req=doc&base=RZR&n=304449&dst=100245&fld=134&date=18.03.2019) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

 "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

(дата оформления)

**Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский Центр Здоровье»**

**Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство**

Я

(фамилия, имя, отчество – полностью)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | года рождения, проживающий (ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Этот раздел бланка заполняется только на 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, год рождения) |  |

Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому) операции:

(название медицинского вмешательства)

и прошу персонал медицинского учреждения о ее проведении.

Подтверждаю, что я ознакомлен (ознакомлена) с характером предстоящей мне (представляемому) операции. Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего оперативного лечения.

- Мне разъяснено, и я осознаю, что во время операции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен (согласна) на то, что ход операции может быть изменен врачами по их усмотрению.

- Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

- Я предупрежден (предупреждена), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это.

- Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. Подпись пациента/законного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись

**Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский Центр Здоровье»**

**СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА (диагностического/лечебного)**

(фамилия, имя, отчество – полностью)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | года рождения, проживающий (ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

информирован(а) врачом-эндоскопистом, лечащим врачом о состоянии моего здоровья, включая сведения о результатах проведенного обследования, наличии симптомов заболевания, его диагнозе и прогнозе. В связи с этим заболеванием мне рекомендовано эндоскопическое вмешательство эзофагогастродуоденоскопия как оптимальный и малотравматичный, точный метод обследования и лечения по сравнению с другими методами, а также как предполагающий наименьшее количество осложнений и негативных результатов.

Я информирован(а):

о предстоящем вмешательстве; показаниях к нему; связанном с вмешательством риске; о методе обезболивания.

Кроме того, мне разъяснено, что:

плохая переносимость процедуры пациентом, недостаточно качественная подготовка к исследованию по причине не соблюдения мной предписаний врача или особенности моего организма может стать объективной причиной отказа врача от проведения диагностического или лечебного вмешательства.

Я признаю право врача прервать исследование в случае, если:

* в ходе исследования будет выявлена невозможность продолжения исследования по физиологическим или анатомическим причинам, а также факторы, которые могут повлечь за собой осложнения или другие негативные последствия для пациента;
* из-за выхода оборудования из строя;
* выявления объективных, не зависящих от воли врача или пациента обстоятельств.

Мне разъяснены возможные последствия отказа от эндоскопического вмешательства. Мне разъяснено мое право отказаться от предложенного мне вида эндоскопического вмешательства в любое время до начала его выполнения, при этом, я не лишусь квалифицированной медицинской помощи. В случае отказа от эндоскопического вмешательства оформляется соответствующий документ.

Я, подписывая данный документ, даю согласие врачу-эндоскописту \_\_\_\_\_\_\_\_\_ провести мне эзофагогастродуоденоскопию.

В случае возникновения непредвиденных ситуаций в ходе вмешательства, я доверяю врачу изменить объем вмешательства в соответствие с полученными дополнительными данными.

Я подтверждаю, что врач был мной проинформирован об известных мне на дату подписания настоящего документа проблемах со здоровьем, хронических и инфекционных (в т.ч. ВИЧ, Гепатит) заболеваниях, о всех случаях аллергической или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, злоупотреблении алкоголем или наркотическими препаратами, беременности.

Я признаю свою ответственность в случае умышленного сокрытия данной информации от медицинского учреждения и врачей.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, я имел(а) возможность задать вопросы и получил(а) на них ответы, полученные объяснения меня удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа.

(подпись)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ время\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_