

Заявление

Об информированном согласии пациента на условия пребывания в клинике ООО «НорДент»

Ф.И.О. _____

Паспорт: серия: _____ номер: _____

В соответствии 20 ФЗ РФ №323-ФЗ от 21.11.2011 «об основах здоровья граждан в Российской Федерации». Я с моего согласия, информирован лечащим врачом в доступной для меня форме о состоянии здоровья полости рта, включая сведения о результатах обследования, наличии заболеваний, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатов проведенного лечения, а так же последствиях отказе от медицинского вмешательства (лечения).

Мне предложен план лечения/протезирование в соответствии с историей болезни, даны разъяснения о целях и характере и лечения/ протезирования.

Я представляю полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, перенесённых заболеваниях, аллергических реакциях и противопоказаниях.

Я извещен о необходимости соблюдать гигиену полости рта, являться на приём в согласованное с врачом времени для лечения и профилактики осмотров, выполнять рекомендации медицинского персонала.

Я извещён, что соблюдение рекомендации врача могут сложить ход или продлить срок лечения/протезирования, либо отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Пациент согласился с предложенным планом лечения/протезирования, в чём расписался собственноручно _____

Лечащим врачом назначен :

Гарантийный срок на терапевтические услуги установлен 6 мес.

Гарантийный срок на ортопедические услуги установлен 12 мес.

В течении гарантийного срока на ортопедические услуги пациент обязан являться на профилактические осмотры, в рекомендованные врачом сроки. В случае невыполнения пациентом условия, клиника снимает с себя гарантийные обязательства. Пациент при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной услуги) в праве по своему выбору потребовать: безвозмездное устранение недостатков выполненной работы (оказанной услуги) – соответствующие уменьшение цены выполненной работы (оказанной услуги) – возмещение понесённым им расходам по устранению недостатков выполненной работы (оказанной услуги). Удовлетворение требование пациента о безвозмездном устранении недостатков, об изготовлении другой вещи или повторном выполнении работы (оказанной услуги) не освобождает исполнителя от ответственности в форме неустойки за нарушение срока окончания выполнения работы. (в ред. Федерального закона от 17.12.1999№212-ФЗ) Пациент в праве отказаться от исполнения договора о выполнении работы (оказания услуги) и потребовать полного возмещения убытков, если установленный указанным договором срок недостатки выполненной работы (оказанной услуги) не устранены исполнителем. Пациент так же вправе отказаться т исполнения договора о выполнения работы (оказанной услуги), или иные существенные отступления от условий договора (в ред. Федерального закона от 17.12.1999№212-ФЗ).

Я добровольно принимаю на себя обязанность следовать предписанием лечащего врача, правилам внутреннего распорядка, понимая, что это сопутствует эффективности лечения. Я настоящим подтверждаю, что на основании представленной мне информации, свободно и без принуждения, отдавая отчёт о последствиях обследования даю своё согласие при наличии показаний пройти тестирование на антитела ВИЧ. Со статьями 13,19,20,22 ФЗ-323 от 21.11.2011 ознакомлен. На

медицинское вмешательство даю свое информированное согласие. Настоящее согласование дано мной и действует бессрочно (может быть отозвано дополнительным заявлением об отказе лечения). В соответствии с приложением к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н.

Я добровольно даю своё согласие на:

Опрос, в том числе выявление жалоб, способ анамнеза; осмотр в том числе пальпация, перкуссия, зондирование, термические пробы; Функциональные методы обследования; Рентгенологические методы исследования; Введение лекарственных препаратов по назначению врача в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно.

Я ознакомлен с состоянием здоровья полости рта, мне разъяснены, поставленные диагнозы, особенности течения заболевания, методика процедуры выполнения медицинского вмешательства, стоимостью услуг по прейскуранту, а так же вероятная длительность лечения.

Согласие на обработку персональных данных

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06г. «О персональных данных №152-ФЗ», подтверждаю своё согласие на обработку ООО «НорДент», ст.Ольгинская, ул.Ленина 103 (далее Оператор) моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранить врачебную тайну.

В процессе оказания мне медицинской помощи я представляю собой право медицинским работникам, передавать мои персональные данные содержащие сведения, составляющей врачебную тайну, другим должностным лицам в интересах моего обследования и лечения.

Представляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор систематизации, накопление, хранение, обновление, изменение, использовании, обезличивание, блокирование, уничтожении. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчётные формы предусмотренные документами, регламентирующие представление отчетных данных (документов) по ОМС (договорам ДМС)

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составления.

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

В соответствии со статьёй 13 ФЗ №323 от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Пациент _____

(Ф.И.О. и подпись больного или его законного представителя с указанием характера отношений).

Врач: _____

«13» _____ 01 _____ 2022__г.