

Информированное согласие на проведение медицинского вмешательства.

Я, _____, уполномочиваю врача-ортодонта _____ (стоматологическая клиника 000 "Ортодентика", адрес: г.Тамбов, ул. Чичканова, д.131, ОГРН: 1106829003500, выдан Инспекцией Федеральной налоговой службы по городу Тамбову 28.05.2010г. действующая на основании Устава и Лицензии ЛО-68-01-001258 от 30 сентября 2019 г, выданной Управлением Здравоохранения Тамбовской области (392000 г. Тамбов ул.Советская д.106/ул.Горького д.5, тел. 79-25-10), виды работ(услуг), выполняемых(оказываемых) в составе лицензируемого вида деятельности: оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии; сестринскому делу; оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической,) провести _____ ортодонтическое лечение. Этот документ содержит также необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым лечением и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения

Я ознакомлен с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом лечения. Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения, которые, в моем случае, будут иметь меньший клинический успех. Доктор понятно объяснил мне необходимость строго следовать рекомендациям, чтобы избежать возможных осложнений: кариеса вокруг брекетов, обострения заболеваний пародонта, поломки системы и травмирования слизистой оболочки полости рта, рецидива аномалии или деформации отдельных зубов или зубных рядов после снятия системы.

Я понимаю, что это лечение является вмешательством в биологический организм, в котором все процессы протекают индивидуально, и как любая медицинская операция не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех этапов. Поэтому иногда возможны отклонения от утвержденного плана лечения в виде внеплановых манипуляций и (или) изменения срока лечения.

Я понимаю необходимость регулярных осмотров у доктора в течение лечения и по окончании, когда буду пользоваться ретенционным аппаратом. Я понимаю значение гигиены полости рта при ортодонтическом лечении и обязуюсь выполнять все назначения. Мне были объяснены все возможные исходы ортодонтического лечения, а также альтернативные варианты. Я также имел возможность задавать все интересующие меня вопросы. Я поставлен в известность о том, что в связи с наличием высокой степени риска возникновения осложнений в результате проведенного лечения, установление длительного гарантийного срока по данному виду работ невозможно. Я внимательно ознакомился с данным Предложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Я, в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 года №152-ФЗ «О персональных данных», 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/или обязанным сохранять врачебную тайну, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Ортодентика» расположенному по адресу: Россия, г. Тамбов, ул. Рылеева 77/4, оф.2, (далее Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, год, месяц, дата и место рождения, адрес места жительства, паспортные данные, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой индивидуальной лицевой счет в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, диагнозах моих заболеваний, фактах обращения за медицинской помощью, а также иные сведения, полученные в ходе моего обследования или лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) финансовые и разрешительные документы. В процессе оказания мне медицинской помощи, в том числе, при прохождении мною предварительных, периодических, углубленных медицинских осмотров, дополнительной диспансеризации, диспансеризации, я предоставляю право Оператору передавать мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, третьим лицам в интересах моего обследования и лечения, уточнения диагноза заболеваний, оформления финансовых, разрешительных документов, связанных с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов: индивидуальной медицинской карты – пять лет, истории болезни – двадцать пять лет.

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

Настоящее согласие действует бессрочно или до момента отзыва мною согласия по письменному заявлению.

Дата и подпись пациента _____

Подпись доктора _____