

Информационное согласие на проведение медицинского вмешательства

Я _____ уполномочиваю врача–стоматолога _____ провести ортопедическое лечение дефектов зубов и(или) зубных рядов челюстей. 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.

Доктор _____ поставил _____ мне _____ следующий _____ и _____ диагноз: _____ и обосновал необходимость проведения ортопедического лечения. Я ознакомлен с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и самого протезирования.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами протезирования, которые, в моем случае будут иметь меньший клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение жевательного органа). Последствиями отказа от протезирования вообще могут быть: перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой после проведенного эндодотического лечения, прогрессирование зубо-альвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрое снижение прикуса, заболевание височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания.

Доктор понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, строгого соблюдения сроков, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки протеза. Хотя предложенное протезирование поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, я понимаю, что протезирование, является своего рода вмешательством в биологический организм и как любая медицинская операция не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов протезирования, так как полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного органа (как если бы у человека снова выросли зубы). Зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается инволютивному развитию (как при наличие протеза, так и без него, но в последнем случае гораздо быстрее), которое проявляется в рецессии десны, атрофии костной ткани челюсти, стираемости твердой ткани зубов. Поэтому через какое-то время, которое зависит от скорости протекания инволютивных процессов, и которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции, либо переделки протеза.

Я понимаю необходимость регулярных осмотров у доктора и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, обговоренному с доктором и записанному в истории болезни). Я осведомлен о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал доктора _____ обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен с тем, что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мною результата и действительным результатом, т.к. представления пациентов о протезировании, как правило, не совпадают с реальной действительностью. Я полагаю, что в моих интересах начать предложенное мне протезирование. Мне были объяснены все возможные исходы протезирования, а также альтернативные варианты. Я также имел возможность задавать все интересующие меня вопросы. Я внимательно ознакомился с данным Приложением 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. Чичканова 131, квю 74 , (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 лечению. 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.

Подпись пациента: _____

Подпись врача: _____