

от «___» _____ 2023 года № _____

Положение

о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный медицинский центр» Федерального агентства по управлению государственным имуществом (ФГБУ «Федеральный медицинский центр» Росимущества)

I. Общие положения

1. Настоящее Положение определяет порядок и условия предоставления гражданам платных медицинских услуг в ФГБУ «Федеральный медицинский центр» Росимущества (далее - Учреждение).

1.2. Правила разработаны с целью более полного удовлетворения потребности граждан в медицинской помощи, а также привлечения дополнительных финансовых средств для материально-технического развития Учреждения и материального поощрения работников.

1.3. Платные услуги в Учреждении предоставляются на основании настоящих Правил и в строгом соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации:

- Гражданским кодексом Российской Федерации;
- Налоговым кодексом Российской Федерации;
- Трудовым кодексом Российской Федерации;
- Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Законом Российской Федерации от 07.02.1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей»;
- Федеральным законом от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
- Федеральным законом от 22.05.2003 г. № 54-ФЗ «О применении контрольно-кассовой техники при осуществлении наличных денежных расчетов и (или) расчетов с использованием электронных средств граждан»;
- Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»;
- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»;
- Уставом Учреждения, утвержденного распоряжением Росимущества от 15.07.2021 № 351-р;
- иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, ведомственными актами учредителя.

2. Для целей настоящего Положения используются следующие основные понятия:

«платные медицинские услуги» - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств работодателей (юридических лиц, индивидуальных предпринимателей) на основании договоров, включая договоры добровольного медицинского страхования (далее - договоры);

«медицинская услуга» - мероприятие или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику, лечение и реабилитацию, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость;

«прейскурант» - полный перечень услуг, предоставляемых Учреждением на возмездной основе и их стоимость;

«заказчик» - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;

«потребитель» - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором.

Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

«исполнитель» – медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги потребителям:

- ФГБУ «Федеральный медицинский центр» Росимущества, включая структурные подразделения учреждения, оказывающее платные медицинские услуги пациентам в соответствии с договором:

а) Лечебно-диагностический центр – г. Москва;

б) филиал федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный медицинский центр» Федерального агентства по управлению государственным имуществом – Санаторий имени Г.К. Орджоникидзе;

в) филиал федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный медицинский центр» Федерального агентства по управлению государственным имуществом – Санаторий «Автомобилист»;

г) филиал федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный медицинский центр» Федерального агентства по управлению государственным имуществом – Санаторий «Орбита-2»).

3. Понятие «потребитель» в настоящем Положении применяется также в значении, установленном Федеральным Законом от 07.02.1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей». Понятие «медицинская организация» употребляется в значении, определенном Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

4. Платные медицинские услуги Учреждением предоставляются на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности. Потребитель может ознакомиться с лицензией на сайте roszdravnadzor.gov.ru (номер лицензии - Л041-00110-77/00589274).

5. Требования к платным медицинским услугам, в том числе к их объему и срокам предоставления, определяются по соглашению сторон договора, если федеральными законами или иными нормативными правовыми актами Российской Федерации не предусмотрены другие требования.

6. Настоящее Положение в наглядной и доступной форме доводится исполнителем до сведения потребителя и (или) заказчика путем размещения на официальном сайте Учреждения и информационных стойках.

II. Условия предоставления платных медицинских услуг

7. Платные медицинские услуги, оказываются в соответствии с типовыми формами договоров на оказание платных медицинских услуг, утверждаемых приказом Учреждения.

При заключении договора потребителю и (или) заказчику предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - программа) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - территориальная программа).

Отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы.

8. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается:

а) в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

б) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;

в) на основе клинических рекомендаций;

г) с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее - стандарт медицинской помощи).

9. Платные медицинские услуги должны соответствовать номенклатуре медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию потребителя и (или) заказчика.

III. Информация об Исполнителе и предоставляемых им платных медицинских услугах

10. Информация об исполнителе и предоставляемых им платных медицинских услугах доводится до сведения потребителей в соответствии со статьями 8 - 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 года №2300-1 "О защите прав потребителей".

11. Исполнитель предоставляет потребителю и (или) заказчику достоверную, доступную и бесплатную информацию:

а) наименование и фирменное наименование (если имеется) организации, адрес юридического лица в пределах места нахождения юридического лица (территориально обособленного структурного подразделения юридического лица), основной государственный регистрационный номер, идентификационный номер налогоплательщика;

б) адрес своего сайта в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" (далее - сеть "Интернет") (при его наличии);

в) информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

12. Исполнитель представляет для ознакомления по требованию потребителя и (или) заказчика:

- выписку из единого государственного реестра юридических лиц или единого государственного реестра индивидуальных предпринимателей;

- информацию о лицензии на осуществление медицинской деятельности, ее номере, сроках действия, а также информация об органе, выдавшем указанную лицензию;

- перечень платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг с указанием цен в рублях;

- стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги, путем размещения на сайте Исполнителя ссылок на "Официальный интернет-портал правовой информации" (www.pravo.gov.ru) и официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации, на котором размещен рубрикатор клинических рекомендаций, а также путем размещения указанных ссылок на информационных стендах;

- сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг;

- сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;

- график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;

- образцы договоров;

- перечень категорий потребителей, имеющих право на получение льгот, а также перечень льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг, в случае их установления учредителем;

- адреса и телефоны учредителя, исполнительного органа субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и территориального фонда обязательного медицинского страхования (далее - органы государственной власти и организации);

- в случае временного приостановления деятельности медицинской организации для проведения санитарных, ремонтных и иных мероприятий, исполнитель обязан информировать потребителей путем размещения информации на сайте Учреждения, либо в иной доступной форме о дате приостановления деятельности и времени, в течение которого деятельность Учреждения будет приостановлена.

13. Информация, указанная в пункте 12 настоящего Положения, доводится до сведения потребителей посредством размещения на сайте исполнителя и на информационных стендах (стойках) в наглядной и доступной форме.

Информация, размещенная на информационных стендах (стойках), должна быть доступна неограниченному кругу лиц в течение всего рабочего времени.

14. При заключении договора потребителю и (или) заказчику должна предоставляться в доступной форме информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- а) порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

- б) информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);

- в) другие сведения, относящиеся к предмету договора.

15. В договоре должна содержаться информация об уведомлении потребителя и (или) заказчика о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, и правила поведения пациента.

16. Исполнитель доводит до потребителя и (или) заказчика информацию о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации, а также сообщает почтовый адрес или адрес электронной почты (при наличии), на которые может быть направлено обращение (жалоба).

В случае, если такая информация исполнителем не предоставлена, потребитель и (или) заказчик вправе направить обращение (жалобу) в Учреждение.

При предъявлении потребителем и (или) заказчиком требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной медицинской услуги), исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации от 07.02.1992 года № 2300-1 "О защите прав потребителей".

IV. Порядок заключения договора и оплаты медицинских услуг

17. Договор на оказание платных медицинских услуг является договором возмездного оказания услуг (ст. 779 ГК РФ). Договор заключается потребителем и (или) заказчиком с исполнителем в письменной форме.

18. Договор должен содержать следующую информацию:

а) сведения об Исполнителе:

наименование и фирменное наименование (при наличии) медицинской организации - юридического лица, адрес юридического лица в пределах его места нахождения, основной государственный регистрационный номер и идентификационный номер налогоплательщика;

сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности, информация о лицензии на осуществление медицинской деятельности, ее номере, сроках действия, а также информация об органе, выдавшем лицензию, перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией;

б) сведения о потребителе (при оказании платных медицинских услуг гражданину анонимно сведения фиксируются со слов потребителя услуги):

фамилия, имя и отчество (при наличии), адрес места жительства, иные адреса, на которые (при их указании в договоре) исполнитель может направлять ответы на письменные обращения, и телефон;

данные документа, удостоверяющего личность;

в) сведения о законном представителе потребителя или лице, заключающем договор от имени потребителя:

фамилия, имя и отчество (при наличии), адрес места жительства и телефон;

данные документа, удостоверяющего личность;

г) сведения о заказчике (в том числе, если заказчик и законный представитель являются одним лицом):

фамилия, имя и отчество (при наличии), адрес места жительства и телефон заказчика - физического лица;

данные документа, удостоверяющего личность заказчика;

данные документа, удостоверяющего личность законного представителя потребителя;

наименование и адрес заказчика - юридического лица в пределах его места нахождения, основной государственный регистрационный номер и идентификационный номер налогоплательщика;

д) перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором;

е) стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты;

ж) условия и сроки ожидания платных медицинских услуг;

з) сведения о лице, заключающем договор от имени исполнителя:

фамилия, имя, отчество (при наличии);

должность;

документ, подтверждающий полномочия указанного лица;

и) подписи Исполнителя и потребителя (заказчика), а в случае если заказчик является юридическим лицом, - должность лица, заключающего договор от имени заказчика;

к) ответственность сторон за невыполнение условий договора;

л) порядок изменения и расторжения договора;

м) порядок и условия выдачи потребителю (законному представителю потребителя) после исполнения договора исполнителем медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы;

н) иные условия, определяемые по соглашению сторон, а также фиксируется требование (желание) потребителя (заказчика) на оказание медицинской услуги сверх гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, бесплатной медицинской помощи и пр.

19. До заключения договора исполнитель в письменной форме уведомляет потребителя (заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

20. Договор составляется в 3 экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у заказчика, третий - у потребителя.

В случае если договор заключается между потребителем и исполнителем, он составляется в 2 экземплярах (кроме случаев заключения договора дистанционным способом).

Договор хранится в порядке, определенном законодательством Российской Федерации об архивном деле в Российской Федерации.

21. На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета. Ее составление по требованию потребителя и (или) заказчика или Исполнителя является обязательным, при этом она является неотъемлемой частью договора

22. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, исполнитель обязан устно предупредить об этом потребителя и (или) заказчика.

23. В случае отказа потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом потребитель и (или) заказчик оплачивают Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

24. Потребитель и (или) заказчик обязаны оплатить оказанную исполнителем медицинскую услугу (выполненную работу) в порядке и сроки, которые установлены

договором.

25. Потребителю и (или) заказчику в случаях, установленных законодательством Российской Федерации о применении контрольно-кассовой техники, выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (кассовый чек или бланк строгой отчетности).

26. В целях защиты прав потребителя исполнитель по обращению потребителя выдает следующие документы, подтверждающие фактические расходы потребителя и (или) заказчика на оказанные медицинские услуги:

а) копия договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения);

б) справка об оплате медицинских услуг по установленной форме.

V. Порядок предоставления платных медицинских услуг

27. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, а также согласия на обработку персональных данных в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

28. При отказе потребителя и (или) заказчика от подписания информированных согласий на получение медицинских услуг и (или) согласия на обработку персональных данных исполнитель оказанием медицинских услуг не осуществляет.

29. Исполнитель не осуществляет оказание медицинских услуг на анонимной основе.

Исполнитель обязан при предоставлении платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

30. Исполнитель предоставляет потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

а) о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

б) об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

Медицинская документация предоставляется в соответствии с приказом Минздрава России от 31.07.2020 №789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них».

Ознакомление потребителя и (или) заказчика с медицинской документацией осуществляется в соответствии с приказом Минздрава России от 12.11.2021 №1050н «Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента».

31. При оказании платных медицинских услуг обязанность Исполнителя по возврату денежной суммы, уплаченной потребителем и (или) заказчиком по договору, возникает в соответствии с главой III Закона Российской Федерации от 07.02.1992 года №2300-1 "О защите прав потребителей".

32. Оплата медицинской услуги потребителем и (или) заказчиком путем перевода средств на счет третьего лица, указанного Исполнителем (в письменной форме), не освобождает исполнителя от обязанности осуществить возврат уплаченной потребителем и (или) заказчиком суммы как при отказе от исполнения договора, так и при оказании

медицинских услуг (выполнении работ) ненадлежащего качества, в соответствии с Законом Российской Федерации от 07.02.1992 года №2300-1 «О защите прав потребителей».

VI. Особенности оказания медицинских услуг (выполнения работ) при заключении договора дистанционным способом

33. Исполнитель не осуществляет заключение договоров дистанционным способом посредством использования сети «Интернет».

VIII. Учет объемов платных медицинских услуг

34. Исполнитель имеет отдельный лицевой счет по учету средств от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности.

35. Денежные средства, поступающие исполнителю за счет оказания платных медицинских услуг, подлежат учету в соответствии с требованиями положений Учетной политики исполнителя, Федерального закона от 06.12.2011 № 402-ФЗ «О бухгалтерском учете», а также иных положений действующего законодательства Российской Федерации.

36. Прейскурант утверждается:

- в отношении медицинских услуг, оказываемых Лечебно-диагностическим центром (г. Москва) – главным врачом центра;

- в отношении медицинских услуг, оказываемых филиалами Учреждения - руководителями филиалов.

37. Стоимость оказываемых платных медицинских услуг формируется в соответствии с Порядком определения платы для физических и юридических лиц за услуги (работы), относящиеся к основным видам деятельности федерального бюджетного учреждения, находящегося в ведении Федерального агентства по управлению государственным имуществом, оказываемые им сверх установленного государственного задания, а также в случаях, определенных федеральными законами, в пределах установленного государственного задания, утвержденного приказом Росимущества от 09.04.2013 №103.

IX. Ответственность Исполнителя при предоставлении платных медицинских услуг

38. Учреждение предоставляет платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида федеральными законами, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации.

За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору исполнитель несет ответственность, в соответствии с требованиями положений законодательства Российской Федерации.

39. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

40. Контроль за организацией работы и качеством выполнения учреждением платных услуг, за порядком формирования стоимости платных услуг и порядком их оплаты осуществляют соответствующие уполномоченные органы и организации в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.



РОСИМУЩЕСТВО

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ФЕДЕРАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР»
ФЕДЕРАЛЬНОГО АГЕНТСТВА
ПО УПРАВЛЕНИЮ ГОСУДАРСТВЕННЫМ ИМУЩЕСТВОМ**

ПРИКАЗ

«01» август 2023 г.

г. Москва

№ 188

Об утверждении Положения о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг и информированных согласий

В соответствии с постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 года №736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить с 1 сентября 2023 г.:
 - 1.1. Положение о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный медицинский центр» Федерального агентства по управлению государственным имуществом (Приложение № 1).
 - 1.2. Форму согласия пациента на обработку и передачу персональных данных (Приложение № 2).
 - 1.3. Форму согласия заказчика на обработку и передачу персональных данных (Приложение № 3).
 - 1.4. Форму информированного добровольного согласия пациента/заказчика на получение платных медицинских услуг и заключение договора оказания платных медицинских услуг (Приложение №4)
 - 1.5. Форму информированного добровольного согласия пациента 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 в Учреждении (Приложение № 5).

1.6. Форму информированного добровольного согласия пациента на проведение компьютерной томографии в Лечебно-диагностическом центре Учреждения (Приложение № 6).

1.7. Форму информированного добровольного согласия пациента на медицинское вмешательство - местное обезболивание – анестезиологическое пособие (Приложение № 7).

1.8. Форму информированного добровольного согласия пациента на проведение профессиональной гигиены полости рта (Приложение № 8).

1.9. Форму информированного добровольного согласия пациента на проведение медицинского вмешательства - ортодонтическое лечение (Приложение № 9).

1.10. Форму информированного добровольного согласия пациента на медицинское вмешательство – ортопедическое лечение (зубное протезирование) (Приложение № 10).

1.11. Форму информированного добровольного согласия пациента на проведение медицинского вмешательства - рентгенологическое исследования зубочелюстной системы (Приложение № 11).

1.12. Форму информированного добровольного согласия пациента на проведение медицинского вмешательства - терапевтическое лечение зубов (Приложение № 12).

1.13. Форму информированного добровольного согласия на проведение медицинского вмешательства - хирургическое лечение зубочелюстной системы (Приложение № 13).

2. Заместителю генерального директора по лечебной работе Н.В. Никитиной, заместителю генерального директора – руководителю филиала ФГБУ «ФМЦ» Росимущества – Санаторий «Орбита-2» С.А. Ольховской, заместителю генерального директора – руководителю филиала ФГБУ «ФМЦ» Росимущества – «Санаторий им. Г.К. Орджоникидзе» Н.А. Елизарову, заместителю генерального директора – руководителю филиала ФГБУ «ФМЦ» Росимущества – Санаторий «Автомобилист» А.С. Мамишеву:

2.1. Разместить Положение о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный медицинский центр» Федерального агентства по управлению государственным имуществом на информационных стойках в местах оказания платных медицинских услуг;

2.2. Обеспечить оформление информированных согласий по утвержденным настоящим приказом формам;

2.3. При введении новых медицинских услуг, требующих оформления информированных согласий направлять предложения об их утверждении в установленном порядке.

3. Пункты 1.1; 1.2; 1.3; 1.4; 1.5; 1.6; 1.7; 1.8; 1.9; 1.10; 1.11 приказа ФГБУ «Федеральный медицинский центр» №10 от 19 января 2021 года «Об утверждении форм документов по оказанию платных медицинских услуг и регламента оказания платных медицинских услуг» признать утратившими силу.

4. Ответственными лицами за организацию и предоставление платных медицинских услуг в Учреждении являются:

- в г. Москва - главный врач Лечебно-диагностического центра;
- в санатории «Орбита-2» - заместитель генерального директора – руководителя филиала Санатории «Орбита-2» ФГБУ «ФМЦ» Росимущества – С.А. Ольховская;
- в санатории им. Г.К. Орджоникидзе - заместитель генерального директора – руководителя филиала ФГБУ «ФМЦ» Росимущества – «Санаторий им. Г.К. Орджоникидзе» Н.А. Елизаров;
- в санатории «Автомобилист» - заместитель генерального директора – руководителя филиала ФГБУ «ФМЦ» Росимущества – Санаторий «Автомобилист» А.С. Мамишев.

5. Начальнику отдела маркетинга О.И. Манучарян и начальнику отдела информационных технологий Д.С. Маркову обеспечить размещение документов, указанных в п. 1 настоящего приказа на официальном сайте Учреждения.

6. Заместителю генерального директора – руководителю филиала ФГБУ «ФМЦ» Росимущества – Санаторий «Орбита-2» С.А. Ольховской, заместителю генерального директора – руководителю филиала ФГБУ «ФМЦ» Росимущества – «Санаторий им. Г.К. Орджоникидзе» Н.А. Елизарову, заместителю генерального директора – руководителю филиала ФГБУ «ФМЦ» Росимущества – Санаторий «Автомобилист» А.С. Мамишеву обеспечить размещение документов, указанных в п. 1 настоящего приказа на официальных сайтах филиалов Учреждения.

7. Начальнику отдела информационных технологий Д.С. Маркову обеспечить использование сотрудниками регистратуры Лечебно-диагностического центра утвержденных форм документов в медицинской информационной системе Учреждения.

8. Начальнику отдела делопроизводства Л.И. Моториной ознакомить с настоящим приказом поименованных лиц.

9. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя генерального директора по лечебной работе Н.В. Никитину.

Генеральный директор



Г.Д. Крупина

от «01» 08 2023 года № 188

Положение

о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный медицинский центр» Федерального агентства по управлению государственным имуществом (ФГБУ «Федеральный медицинский центр» Росимущества)

І. Общие положения

1. Настоящее Положение определяет порядок и условия предоставления гражданам платных медицинских услуг в ФГБУ «Федеральный медицинский центр» Росимущества (далее - Учреждение).

1.2. Правила разработаны с целью более полного удовлетворения потребности граждан в медицинской помощи, а также привлечения дополнительных финансовых средств для материально-технического развития Учреждения и материального поощрения работников.

1.3. Платные услуги в Учреждении предоставляются на основании настоящих Правил и в строгом соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации:

- Гражданским кодексом Российской Федерации;
- Налоговым кодексом Российской Федерации;
- Трудовым кодексом Российской Федерации;
- Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Законом Российской Федерации от 07.02.1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей»;
- Федеральным законом от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
- Федеральным законом от 22.05.2003 г. № 54-ФЗ «О применении контрольно-кассовой техники при осуществлении наличных денежных расчетов и (или) расчетов с использованием электронных средств граждан»;
- Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»;
- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»;
- Уставом Учреждения, утвержденного распоряжением Росимущества от 15.07.2021 № 351-р;
- иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, ведомственными актами учредителя.

2. Для целей настоящего Положения используются следующие основные понятия:

«платные медицинские услуги» - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств работодателей (юридических лиц, индивидуальных предпринимателей) на основании договоров, включая договоры добровольного медицинского страхования (далее - договоры);

«медицинская услуга» - мероприятие или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику, лечение и реабилитацию, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость;

«прейскурант» - полный перечень услуг, предоставляемых Учреждением на возмездной основе и их стоимость;

«заказчик» - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;

«потребитель» - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором.

Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

«исполнитель» – медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги потребителям:

- ФГБУ «Федеральный медицинский центр» Росимущества, включая структурные подразделения учреждения, оказывающее платные медицинские услуги пациентам в соответствии с договором:

а) Лечебно-диагностический центр – г. Москва;

б) филиал федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный медицинский центр» Федерального агентства по управлению государственным имуществом – Санаторий имени Г.К. Орджоникидзе;

в) филиал федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный медицинский центр» Федерального агентства по управлению государственным имуществом – Санаторий «Автомобилист»;

г) филиал федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный медицинский центр» Федерального агентства по управлению государственным имуществом – Санаторий «Орбита-2»).

3. Понятие «потребитель» в настоящем Положении применяется также в значении, установленном Федеральным Законом от 07.02.1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей». Понятие «медицинская организация» употребляется в значении, определенном Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

4. Платные медицинские услуги Учреждением предоставляются на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности. Потребитель может ознакомиться с лицензией на сайте roszdravnadzor.gov.ru (номер лицензии - Л041-00110-77/00589274).

5. Требования к платным медицинским услугам, в том числе к их объему и срокам предоставления, определяются по соглашению сторон договора, если федеральными законами или иными нормативными правовыми актами Российской Федерации не предусмотрены другие требования.

6. Настоящее Положение в наглядной и доступной форме доводится исполнителем до сведения потребителя и (или) заказчика путем размещения на официальном сайте Учреждения и информационных стойках.

II. Условия предоставления платных медицинских услуг

7. Платные медицинские услуги, оказываются в соответствии с типовыми формами договоров на оказание платных медицинских услуг, утверждаемых приказом Учреждения.

При заключении договора потребителю и (или) заказчику предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - программа) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - территориальная программа).

Отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы.

8. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается:

а) в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

б) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;

в) на основе клинических рекомендаций;

г) с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее - стандарт медицинской помощи).

9. Платные медицинские услуги должны соответствовать номенклатуре медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию потребителя и (или) заказчика.

III. Информация об Исполнителе и предоставляемых им платных медицинских услугах

10. Информация об исполнителе и предоставляемых им платных медицинских услугах доводится до сведения потребителей в соответствии со статьями 8 - 10 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 года №2300-1 "О защите прав потребителей".

11. Исполнитель предоставляет потребителю и (или) заказчику достоверную, доступную и бесплатную информацию:

а) наименование и фирменное наименование (если имеется) организации, адрес юридического лица в пределах места нахождения юридического лица (территориально обособленного структурного подразделения юридического лица), основной государственный регистрационный номер, идентификационный номер налогоплательщика;

б) адрес своего сайта в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" (далее - сеть "Интернет") (при его наличии);

в) информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

12. Исполнитель представляет для ознакомления по требованию потребителя и (или) заказчика:

- выписку из единого государственного реестра юридических лиц или единого государственного реестра индивидуальных предпринимателей;
- информацию о лицензии на осуществление медицинской деятельности, ее номере, сроках действия, а также информация об органе, выдавшем указанную лицензию;
- перечень платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг с указанием цен в рублях;
- стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги, путем размещения на сайте Исполнителя ссылок на "Официальный интернет-портал правовой информации" (www.pravo.gov.ru) и официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации, на котором размещен рубрикатор клинических рекомендаций, а также путем размещения указанных ссылок на информационных стендах;
- сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг;
- сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;
- график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- образцы договоров;
- перечень категорий потребителей, имеющих право на получение льгот, а также перечень льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг, в случае их установления учредителем;
- адреса и телефоны учредителя, исполнительного органа субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и территориального фонда обязательного медицинского страхования (далее - органы государственной власти и организации);
- в случае временного приостановления деятельности медицинской организации для проведения санитарных, ремонтных и иных мероприятий, исполнитель обязан информировать потребителей путем размещения информации на сайте Учреждения, либо в иной доступной форме о дате приостановления деятельности и времени, в течении которого деятельность Учреждения будет приостановлена.

13. Информация, указанная в пункте 12 настоящего Положения, доводится до сведения потребителей посредством размещения на сайте исполнителя и на информационных стендах (стойках) в наглядной и доступной форме.

Информация, размещенная на информационных стендах (стойках), должна быть доступна неограниченному кругу лиц в течение всего рабочего времени.

14. При заключении договора потребителю и (или) заказчику должна предоставляться в доступной форме информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- а) порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
- б) информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);
- в) другие сведения, относящиеся к предмету договора.

15. В договоре должна содержаться информация об уведомлении потребителя и (или) заказчика о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, и правила поведения пациента.

16. Исполнитель доводит до потребителя и (или) заказчика информацию о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации, а также сообщает почтовый адрес или адрес электронной почты (при наличии), на которые может быть направлено обращение (жалоба).

В случае, если такая информация исполнителем не предоставлена, потребитель и (или) заказчик вправе направить обращение (жалобу) в Учреждение.

При предъявлении потребителем и (или) заказчиком требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной медицинской услуги), исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации от 07.02.1992 года № 2300-1 "О защите прав потребителей".

IV. Порядок заключения договора и оплаты медицинских услуг

17. Договор на оказание платных медицинских услуг является договором возмездного оказания услуг (ст. 779 ГК РФ). Договор заключается потребителем и (или) заказчиком с исполнителем в письменной форме.

18. Договор должен содержать следующую информацию:

а) сведения об Исполнителе:

наименование и фирменное наименование (при наличии) медицинской организации - юридического лица, адрес юридического лица в пределах его места нахождения, основной государственный регистрационный номер и идентификационный номер налогоплательщика;

сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности, информация о лицензии на осуществление медицинской деятельности, ее номере, сроках действия, а также информация об органе, выдавшем лицензию, перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией;

б) сведения о потребителе (при оказании платных медицинских услуг гражданину анонимно сведения фиксируются со слов потребителя услуги):

фамилия, имя и отчество (при наличии), адрес места жительства, иные адреса, на которые (при их указании в договоре) исполнитель может направлять ответы на письменные обращения, и телефон;

данные документа, удостоверяющего личность;

в) сведения о законном представителе потребителя или лице, заключающем договор от имени потребителя:

фамилия, имя и отчество (при наличии), адрес места жительства и телефон;

данные документа, удостоверяющего личность;

г) сведения о заказчике (в том числе, если заказчик и законный представитель являются одним лицом):

фамилия, имя и отчество (при наличии), адрес места жительства и телефон заказчика - физического лица;

данные документа, удостоверяющего личность заказчика;

данные документа, удостоверяющего личность законного представителя потребителя;

наименование и адрес заказчика - юридического лица в пределах его места нахождения, основной государственный регистрационный номер и идентификационный номер налогоплательщика;

д) перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором;

е) стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты;

ж) условия и сроки ожидания платных медицинских услуг;

з) сведения о лице, заключающем договор от имени исполнителя:

фамилия, имя, отчество (при наличии);

должность;

документ, подтверждающий полномочия указанного лица;

и) подписи Исполнителя и потребителя (заказчика), а в случае если заказчик является юридическим лицом, - должность лица, заключающего договор от имени заказчика;

к) ответственность сторон за невыполнение условий договора;

л) порядок изменения и расторжения договора;

м) порядок и условия выдачи потребителю (законному представителю потребителя) после исполнения договора исполнителем медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы;

н) иные условия, определяемые по соглашению сторон, а также фиксируется требование (желание) потребителя (заказчика) на оказание медицинской услуги сверх гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, бесплатной медицинской помощи и пр.

19. До заключения договора исполнитель в письменной форме уведомляет потребителя (заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

20. Договор составляется в 3 экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у заказчика, третий - у потребителя.

В случае если договор заключается между потребителем и исполнителем, он составляется в 2 экземплярах (кроме случаев заключения договора дистанционным способом).

Договор хранится в порядке, определенном законодательством Российской Федерации об архивном деле в Российской Федерации.

21. На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета. Ее составление по требованию потребителя и (или) заказчика или Исполнителя является обязательным, при этом она является неотъемлемой частью договора

22. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, исполнитель обязан устно предупредить об этом потребителя и (или) заказчика.

23. В случае отказа потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом потребитель и (или) заказчик оплачивают Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

24. Потребитель и (или) заказчик обязаны оплатить оказанную исполнителем медицинскую услугу (выполненную работу) в порядке и сроки, которые установлены

договором.

25. Потребителю и (или) заказчику в случаях, установленных законодательством Российской Федерации о применении контрольно-кассовой техники, выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (кассовый чек или бланк строгой отчетности).

26. В целях защиты прав потребителя исполнитель по обращению потребителя выдает следующие документы, подтверждающие фактические расходы потребителя и (или) заказчика на оказанные медицинские услуги:

а) копия договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения);

б) справка об оплате медицинских услуг по установленной форме.

V. Порядок предоставления платных медицинских услуг

27. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, а также согласия на обработку персональных данных в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

28. При отказе потребителя и (или) заказчика от подписания информированных согласий на получение медицинских услуг и (или) согласия на обработку персональных данных исполнитель оказанием медицинских услуг не осуществляет.

29. Исполнитель не осуществляет оказание медицинских услуг на анонимной основе.

Исполнитель обязан при предоставлении платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

30. Исполнитель предоставляет потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

а) о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

б) об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

Медицинская документация предоставляется в соответствии с приказом Минздрава России от 31.07.2020 №789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них».

Ознакомление потребителя и (или) заказчика с медицинской документацией осуществляется в соответствии с приказом Минздрава России от 12.11.2021 №1050н «Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента».

31. При оказании платных медицинских услуг обязанность Исполнителя по возврату денежной суммы, уплаченной потребителем и (или) заказчиком по договору, возникает в соответствии с главой III Закона Российской Федерации от 07.02.1992 года №2300-1 "О защите прав потребителей".

32. Оплата медицинской услуги потребителем и (или) заказчиком путем перевода средств на счет третьего лица, указанного Исполнителем (в письменной форме), не освобождает исполнителя от обязанности осуществить возврат уплаченной потребителем и (или) заказчиком суммы как при отказе от исполнения договора, так и при оказании

медицинских услуг (выполнении работ) ненадлежащего качества, в соответствии с Законом Российской Федерации от 07.02.1992 года №2300-1 «О защите прав потребителей».

VI. Особенности оказания медицинских услуг (выполнения работ) при заключении договора дистанционным способом

33. Исполнитель не осуществляет заключение договоров дистанционным способом посредством использования сети «Интернет».

VIII. Учет объемов платных медицинских услуг

34. Исполнитель имеет отдельный лицевой счет по учету средств от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности.

35. Денежные средства, поступающие исполнителю за счет оказания платных медицинских услуг, подлежат учету в соответствии с требованиями положений Учетной политики исполнителя, Федерального закона от 06.12.2011 № 402-ФЗ «О бухгалтерском учете», а также иных положений действующего законодательства Российской Федерации.

36. Прейскурант утверждается:

- в отношении медицинских услуг, оказываемых Лечебно-диагностическим центром (г. Москва) – главным врачом центра;

- в отношении медицинских услуг, оказываемых филиалами Учреждения - руководителями филиалов.

37. Стоимость оказываемых платных медицинских услуг формируется в соответствии с Порядком определения платы для физических и юридических лиц за услуги (работы), относящиеся к основным видам деятельности федерального бюджетного учреждения, находящегося в ведении Федерального агентства по управлению государственным имуществом, оказываемые им сверх установленного государственного задания, а также в случаях, определенных федеральными законами, в пределах установленного государственного задания, утвержденного приказом Росимущества от 09.04.2013 №103.

IX. Ответственность Исполнителя при предоставлении платных медицинских услуг

38. Учреждение предоставляет платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида федеральными законами, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации.

За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору исполнитель несет ответственность, в соответствии с требованиями положений законодательства Российской Федерации.

39. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

40. Контроль за организацией работы и качеством выполнения учреждением платных услуг, за порядком формирования стоимости платных услуг и порядком их оплаты осуществляют соответствующие уполномоченные органы и организации в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Приложение № 2
к приказу генерального директора
ФГБУ «Федеральный медицинский центр» Росимущества

от «01» 08 2023 года № 188

СОГЛАСИЕ
пациента на обработку и передачу персональных данных

Субъект персональных данных _____
(Ф.И.О. полностью)

паспорт серия _____ номер _____ выдан _____
(название выдавшего органа)

дата выдачи _____

Адрес: _____

Законный представитель субъекта персональных данных (заполняется в случае, если согласие подписывается законным представителем)

(Ф.И.О. полностью)

паспорт серия _____ номер _____ выдан _____
(название выдавшего органа)

дата выдачи _____

Адрес: _____

(документ, подтверждающий полномочия законного представителя)

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» подтверждаю свое согласие на обработку ФГБУ «Федеральный медицинский центр» Росимущества, расположенным по адресу: 107078, г. Москва, ул. Каланчевская, д. 31 (далее - Оператор) моих персональных данных (персональных данных представляемого лица), включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ДМС (ОМС), место работы, изображение с видеокамер, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, контроля за лечебным процессом, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны. В процессе оказания Оператором медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные (персональные данные представляемого мной лица), в том числе составляющие врачебную тайну, другим сотрудникам Оператора в интересах моего обследования, лечения и в целях внутреннего учета Оператора.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (в страховую медицинскую организацию, организацию - заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронные базы данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) контрольным и надзорным органам, страховым организациям или иным лицам в случаях, если это предусмотрено договорами на оказание медицинских услуг.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе по договорам на оказание медицинских услуг на обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой медицинской или иной организацией, контрольными и надзорными органами с использованием носителей информации или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Передача персональных данных в иных случаях другим лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, либо в случаях, установленных действующим законодательством.

В случае оказания телемедицинских услуг, согласен на передачу моих персональных данных и сведений в отношении меня, составляющих врачебную тайну по открытым каналам связи сети Интернет на мой адрес электронной почты: _____

Я проинформирован(а) о том, что электронная почта является открытым источником информации и незащищённым открытым каналом связи, передаваемая информация может стать известна третьим лицам. За несанкционированный доступ к моему почтовому ящику третьих лиц, а равно и за доступ к моим персональным данным, сведениям, составляющим врачебную тайну и утечку информации Оператор ответственности не несет. Настоящим принимаю на себя ответственность и все риски, связанные с несанкционированным доступом к моему почтовому ящику (персональным данным, сведениям, составляющим врачебную тайну) третьих лиц.

Я проинформирован(а), что получение результатов оказания телемедицинских услуг в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» относятся к сведениям, составляющим врачебную тайну.

Настоящее согласие действует бессрочно. Отзыв согласия осуществляется путем подачи субъектом персональных данных или его законным представителем соответствующего письменного заявления Оператору, получившему согласие.

« ____ » _____ 20 ____ г.

Подпись субъекта / законного представителя субъекта персональных данных _____ / _____

СОГЛАСИЕ¹
заказчика на обработку и передачу персональных данных

Субъект персональных данных _____
(Ф.И.О. полностью)
паспорт серия _____ номер _____ выдан _____
(название выдавшего органа)
дата выдачи _____

Адрес: _____

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку ФГБУ «Федеральный медицинский центр» Росимущества, расположенным по адресу: 107078, г. Москва, ул. Каланчевская, д. 31 (далее - Оператор) моих персональных данных (персональных данных представляемого лица), включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), место работы, изображение с видеокамер, а также в целях организации внутреннего учета Оператора.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронные базы данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) контрольным и надзорным органам, страховым организациям или иным лицам в случаях, если это предусмотрено договорами на оказание медицинских услуг.

Передача персональных данных в иных случаях другим лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, либо в случаях, установленных действующим законодательством.

Настоящее согласие действует бессрочно. Отзыв согласия осуществляется путем подачи субъектом персональных данных или его законным представителем соответствующего письменного заявления Оператору, получившему согласие.

« _____ » _____ 20 ____ г.

Подпись субъекта / законного представителя субъекта персональных данных _____ / _____

¹ Оформляется в случае заключения договора заказчиком в интересах потребителя

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА/ЗАКАЗЧИКА
на получение платных медицинских услуг и заключение договора оказания платных
медицинских услуг**

(ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановление Правительства РФ от 11.05.2023 N 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006").

Я, гражданин (ка)² _____

(ФИО прописывается полностью, паспортные данные)

до получения платной медицинской услуги в ФГБУ «Федеральный медицинский центр» Росимущества (далее по тексту Учреждение) и до заключения договора оказания платных медицинских услуг в доступной для меня форме, проинформирован(а) о нижеследующем:

- о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, по полису ОМС в соответствии с порядком установленным действующим законодательством;
- о перечне платных медицинских услуг, предоставляемых Учреждением, о ценах на платные услуги, условиях, форме и порядке их предоставления и оплаты;
- о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, уровне их профессионального образования и квалификации;
- мне предоставлена вся необходимая информация об Учреждении, в том числе, о режиме работы, графике работы медицинских работников;
- о контролирующих органах, как по надзору в сфере здравоохранения, так и в сфере защиты прав потребителей (их адреса и телефоны), иная информация, предусмотренная правилами предоставления платных медицинских услуг.
- мне предоставлены все необходимые сведения о лицензии Учреждения на осуществление медицинской деятельности, я ознакомлен(а) с перечнем работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации;
- я предупрежден(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой

² При заключении договора ПМУ заказчиком указываются данные и заказчика, и потребителя (за исключением случаев, когда договор заключается в отношении лиц, не достигших совершеннолетия либо недееспособных)

платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- я информирован (а), что отказ потребителя от заключения договора оказания платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы ОМС.

Я, получив полную информацию о возможности и условиях оказания медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, хочу воспользоваться своим правом на получение платных медицинских и иных услуг, даю свое согласие на их получение и готов (а) их оплатить.

Я удостоверяю, что текст настоящего информированного согласия мною прочитан, его положения мне понятны, я даю свое согласие на получение и оплату платных медицинских и иных платных услуг в Учреждении и на заключение договора оказания платных медицинских и иных услуг.

3 _____ / _____ /

(подпись потребителя/ законного
представителя/заказчика)

(расшифровка подписи)

« _____ » _____ 202__ г

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

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, _____
(Ф.И.О. гражданина)

« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю 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, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ФГБУ «Федеральный медицинский центр» Росимущества

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, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 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), в том числе после смерти:

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

Также даю согласие на СМС – рассылку на указанный мной номер мобильного телефона с целью информирования меня о записи к специалистам. ДА НЕТ (поставьте любой знак в нужном квадрате).

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)
« _____ » _____ г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
на проведение
КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ (КТ).

Уважаемый пациент!

Ваш лечащий врач предложил Вам рентгеновское исследование.

Врач-рентгенолог выполнит это исследование только с Вашего согласия. Вы вправе согласиться или отказаться от данного исследования.

Врач-рентгенолог достаточно квалифицирован, чтобы провести исследование и ответить на вопросы Вашего лечащего врача. Однако, Вы должны быть готовы, что данное исследование не сможет ответить **на все** поставленные вопросы и потребуются другие исследования.

Что такое компьютерная томография?

Это диагностическое исследование, выполняемое на современном, высокоразрешающем аппарате, в котором используются рентгеновские лучи (ионизирующее излучение).

Благодаря строгому фокусированию, облучается только зона исследования, таким образом, значительно снижается доза рентгеновского облучения.

Полученная доза ионизирующего излучения зависит от массы тела, области исследования, а также продолжительности сканирования.

Как проходит исследование?

Рентген лаборант уложит Вас на подвижный стол для исследования и попросит Вас не двигаться, а в некоторых случаях – задержать дыхание.

Сколько длится исследование?

Продолжительность исследования от 1 до 30 минут.

Что вводят внутривенно?

В более чем половине случаев необходимо ввести внутривенно контрастное вещество, содержащее йод. Инъекция безболезненна, но Вы можете почувствовать жар во всем теле, металлический привкус, привкус йода. Редко может возникнуть чувство тошноты или рвоты. Эти ощущения обычно проходят через 2-3 минуты после введения.

Есть ли риск при проведении КТ?

Каждое исследование, также как и все медицинские манипуляции, сопряжены с некоторым риском. Осложнения, в данном случае могут быть вызваны, если у пациента имеется аллергия на йод. Тяжелые реакции, реакции немедленного типа/анафилактические реакции развиваются крайне редко (менее 0,1%).

Контрастное вещество выделяется почками (в первые 6 часов выделяется до 93% препарата), поэтому следует знать, как они функционируют. Перед исследованием необходимо сделать биохимический анализ крови, где доктора могут узнать уровень креатинина и определить функцию почек.

Кроме того, если Вы беременны, то должны сообщить об этом медицинскому персоналу!

Рекомендуем Вам после исследования пить больше жидкости, чтобы увеличить скорость выведения контраста из организма.

Очень важно чтобы вы ответили на следующие вопросы:

(поставьте любой знак в нужном квадрате)

- | | ДА | НЕТ |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1) Есть ли у Вас или были аллергические реакции, реакции на йод? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Были ли у Вас аллергические реакции на другие медицинские препараты, либо любые другие вещества (включая пищевую аллергию) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Если да, то на что _____ | | |
| Страдаете ли вы бронхиальной астмой, аллергическим ринитом? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Есть ли у Вас заболевания сердца? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Если да, то какие _____ | | |
| 3) Есть ли у Вас заболевания почек? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Если да, то какие _____ | | |
| 4) Были ли у Вас какие-либо оперативные вмешательства? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Если да, то какие _____ | | |
| 5) Страдаете ли Вы диабетом? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Были ли у Вас исследования желудка, кишечника с применением контрастного вещества за последний месяц (барий и т.п.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ВНИМАНИЕ!

Уважаемые дамы!

Если Вы беременны – компьютерная томография Вам противопоказана.

После проведения исследования врач-рентгенолог сообщит Вам результат исследования, а более подробные сведения Вашему лечащему врачу.

Я, _____
(Ф.И.О.)

« » ____ года рождения, контактный телефон _____
находясь на лечении (обследовании) в ФГБУ «Федеральный медицинский центр» Росимущества, заполнив персонально этот лист, даю свое согласие на проведение компьютерной томографии, в том числе с внутривенным введением неионного йодсодержащего контрастного препарата. Особенности исследования, а также все риски сопровождающие данное исследование мне объяснены. Вся информация предоставлена мне перед оказанием медицинской услуги, с правилами техники безопасности при проведении диагностических процедур с использованием аппарата КТ ознакомлен, обязуюсь неукоснительно их соблюдать.

« ____ » _____ 202 ____ г.

личная подпись пациента

***При проведении исследования не стесняйтесь задавать врачу
интересующие Вас вопросы
Желаем Вам здоровья!***

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

на медицинское вмешательство местное обезболивание – анестезиологическое пособие.

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, _____
(фамилия, имя, отчество пациента и/или законного представителя)

<i>Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:</i>	
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 _____	

находясь на лечении в медицинской организации по моему добровольному желанию, прошу провести мне все необходимые мероприятия, манипуляции и процедуры, способствующие достижению наиболее безболезненного проведения лечебных процедур, связанных с лечением моего стоматологического заболевания.

Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился(ась) с предлагаемым способом обезболивания и мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение.

Я понимаю, что проведение обезболивания, является местным и действует на определенный участок полости рта и близлежащие ткани, включая зубы, способ обезболивания состоит из введения обезболивающего специального медицинского препарата (анестетика) с помощью специального (карпульного) шприца и иглы в мягкие ткани полости рта.

Мне, в понятной форме объяснили суть предлагаемого метода. Альтернативным вариантом местного обезболивания (анестезии) является отсутствие анестезии или проведение общего обезболивания (наркоз).

Врач внимательно осмотрел полость рта, разъяснил преимущества и сложности предполагаемого способа обезболивания – местной анестезии. Я информирован(а) о характере предстоящего стоматологического вмешательства и возможном развитии неприятных ощущений и осложнений.

Я понимаю, что в ходе выполнения медицинских действий может возникнуть необходимость осуществления других медицинских вмешательств, исследований или операций. Я доверяю врачам принимать необходимые в этих случаях решения в соответствии с их профессиональными суждениями и выполнять любые медицинские действия, которые врачи сочтут необходимыми для улучшения моего состояния.

Я ознакомлен(а) с планом предлагаемого мне стоматологического лечения и действием лекарственных препаратов, применяемы в стоматологии, с возможным изменением объема и тактики лечения, в случае непереносимости мною тех или иных лекарственных препаратов, изменением состояния моего здоровья.

Мне было сообщено, что в ходе лечения будет применена анестезия, выбор которой производится лечащим врачом при моем согласии. Я понимаю, что местная инъекционная анестезия имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции. Местная инъекционная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) для введения анестезирующего вещества с целью обеспечения эффекта обезболивания. Длительность эффекта может варьировать от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма.

Последствиями отказа от данной процедуры может быть невозможность качественного выполнения медицинских манипуляций из-за болезненности процедур, в связи с чем в дальнейшем, может развиваться: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. Все вышеперечисленное является следствием проявления боли в момент проведения лечебных мероприятий, при этом порог болевой чувствительности у каждого человека индивидуален. Местное обезболивание в виде инъекционной анестезии приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания, а также временному ощущению припухлости этой области.

Мне разъяснено, что применение местного обезболивания может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, потере сознания (обмороку, коллапсу), травматизации нервных

окончаний и сосудов, проявляющимися изменением чувствительности, небольшими кровоизлияниями (синяк, гематома) в месте укола.

Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске местного обезболивания (инъекционной анестезии), включая вероятность осложнений. Основные осложнения обусловлены, в первую очередь, введением в ткани организма специального раствора и реакцией организма на него (учащение сердцебиения, повышение артериального давления, аллергический шок, потеря сознания). Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование небольшого кровоизлияния и гематомы, отечность десны в области введения препарата, тризм (ограниченное открывание рта), которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше.

Обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области жевательных зубов (моляров) нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Я сообщил(а) точные данные о своем физическом и душевном здоровье. Кроме того, я сообщил(а) обо всех, имевших место, аллергических или необычных реакциях на препараты, пищу, укусы насекомых, анестетики, пыль, болезнях крови, реакциях десны и кожи, кровотечениях или других состояниях, касающихся моего здоровья.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Вся информация была донесена до меня в понятной и доступной форме. Я прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное и удовлетворен(а) ответами на все мои вопросы. Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному варианту лечения.

Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям пациента при получении данной медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления этой услуги. Дополнительные условия мною не выдвигаются. Расширительных требований не имею. Я принимаю решение приступить к хирургическому лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента

Беседу провел врач

Подпись лечащего врача Фамвлия И. О.

В присутствии: _____

Дата « _____ » _____ года

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, _____
(фамилия, имя, отчество пациента и/или законного представителя)

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

Настоящим подтверждаю, что в соответствии со статьей 20 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с моей волей, я проинформирован(а) о предстоящем лечении и согласен (согласна) на проведение профессиональной гигиены полости рта с названными мне условиями его проведения, а именно о нижеследующем:

Я, проинформирован(а) в доступной для меня форме о состоянии моего здоровья, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания.

Я проинформирован(а), что профессиональная гигиена полости рта является неотъемлемой частью курса лечения заболевания пародонта и профилактической процедурой, предотвращающей развитие кариеса.

Мне в доступной для меня форме даны разъяснения о целях и методах профессиональной гигиены, объяснен в понятной форме план стоматологического лечения, включая ожидаемые результаты, риски, пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, также необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим. Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о виде лечения.

Мне объяснено, и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления плана лечения, выяснится необходимость в частичном или полном изменении плана лечения. Могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее.

Я проинформирован(а), что последствиями отказа от процедуры могут быть: развитие и обострение имеющихся заболеваний пародонта, развитие кариеса зубов и его осложнений и связанная с этим потеря зубов.

Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях проведенного медицинского вмешательства: дискомфорт, повышенная чувствительность зубов к химическим и термическим раздражителям; боль; отек (припухлость) десны и мягких тканей, гематома; кровотечение; натяжение уголков рта с последующим их растрескиванием; во время проведения профессиональной гигиены с помощью ультразвука или Air-flow высока вероятность выпадения пломб с нарушением краевого прилегания в пришеечной области зубов; дефектных пломб; появление или усиление подвижности зубов, обнажение корня зуба.

Я предупрежден(а), что несоблюдение рекомендаций лечащего врача освобождает медицинскую организацию от ответственности за неблагоприятный исход процедуры.

Я проинформирован(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящем, и предупрежден (а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.

Мне названы и со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе проведения процедур; сроки проведения процедур.

Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на профессиональную гигиену полости рта мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Я принимаю решение осуществить профессиональную гигиену полости рта на предложенных мне условиях.

Пациент _____
Фамилия И. О пациента или законного представителя подпись

Беседу провел врач _____
Фамилия И. О. лечащего врача подпись

В присутствии _____
Должность, ФИО подпись

Дата « ____ » _____ 20__ г.

Памятка получена на руки _____
Число ФИО пациента подпись

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА
ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, _____
(фамилия, имя, отчество пациента и/или его законного представителя)

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

до проведения ортодонтического лечения получил (а) от медицинских работников и врача интересующую меня информацию о предстоящем лечении, с тем, чтобы я мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение.

Врач внимательно осмотрел полость рта, разъяснил на основании данных диагностики преимущества и сложности выбранного метода лечения. Мне понятно, что перед началом курса ортодонтического лечения необходимо произвести санацию (устранение очагов инфекции) полости рта и профессиональную гигиену полости рта в соответствии с рекомендациями врача.

1. Я был(а) предварительно проинформирован(а), что одним из основных факторов успешного лечения с применением ортодонтической аппаратуры является хорошая гигиена полости рта. При несоблюдении мной правил гигиены полости рта возможно развитие воспалительных очагов инфекции в зонах контакта ортодонтической аппаратуры с эмалью зуба и мягкими тканями полости рта (кариес, изменение цвета (пигментация) эмали, воспаление тканей, окружающих зуб (пародонтит), воспаление десен (гингивит)). Я согласен(а), что врач-ортодонт оставляет за собой право принятия решения о снятии ортодонтической аппаратуры на любом этапе лечения при неудовлетворительной гигиене полости рта.

2. Я знаю, что ортодонтическая аппаратура - это инородное тело в полости рта. Привыкание к съемной ортодонтической конструкции требует большого терпения и времени, в среднем это длится 1, 5 -2 месяца. До начала активного периода лечения, врач проводит коррекцию аппаратуры в местах наибольшего давления на поверхность слизистой оболочки полости рта.

3. При назначении врачом-ортодонтом дополнительных аппаратов (лицевая маска, лицевая дуга, квад-хеликс.) необходимо следовать всем рекомендациям врача. Привыкание требует большого терпения и времени, в среднем, это может длиться от 1-ой до 3-х недель. При невыполнении правил и сроков пользования вспомогательной аппаратурой, возможно изменение плана лечения (смена аппаратов, удаление зубов).

4. Мне известно, что во время привыкания к ортодонтической аппаратуре может возникать нарушение речеобразования.

5. Мне было сообщено, что привыкание к несъемной ортодонтической технике происходит в среднем в течение 10-14 дней. В это время могут возникать болевые ощущения в области верхней и нижней челюсти при пережевывании и откусывании пищи, натирание слизистой оболочки губы и щеки. После периода привыкания (адаптации) все неприятные ощущения проходят.

6. Мне известно, что для нормализации прикуса может потребоваться удаление отдельных зубов на верхней и нижней челюсти. О необходимости или возможной вероятности врач сообщает до начала ортодонтического лечения.

7. Я согласен(а), что при возникновении заболеваний пародонта – тканей, окружающих зуб (гингивит, пародонтит, пародонтоз) необходимо проводить дополнительное лечение у врача-пародонтолога. Данное лечение оплачивается отдельно от стоимости ортодонтического лечения.

9. Я предупрежден(а), что при ортодонтическом лечении возможно возникновение заболеваний периодонта, обусловленное скрытыми очагами инфекции, неудовлетворительным эндодонтическим лечением. Я понимаю необходимость проведения лечения для устранения воспалительных очагов инфекции.

10. Необходимо производить активацию съемных аппаратов и несъемной ортодонтической техники строго в сроки, указанные врачом. При нарушении данного правила, врач имеет право завершить лечение на данном этапе без возмещения стоимости аппарата или лечения.

11. Я понимаю, что после окончания активного периода лечения необходимо носить ретенционный аппарат в течение всего периода, необходимого для закрепления достигнутого результата лечения. Я предупрежден(а), что в противном случае может развиться рецидив - частичная или полная потеря достигнутого результата. Я знаю, что контроль за ношением аппарата будет осуществлять врач-ортодонт (контроль осуществляется по качеству фиксации ретенционного аппарата в полости рта).

12. Я понимаю и согласен(а), что перелом, трещина, приваривание новых элементов в ортодонтических аппаратах не являются гарантийными случаями и должны быть оплачены отдельно.

13. Если в процессе активного лечения и в период пользования съемными аппаратами пациент не выполняет рекомендации врача, срок лечения может удлиниться, а результаты лечения могут быть менее эффективными.

14. При ортодонтическом лечении детей, в период их активного роста в некоторых случаях требуется повторное изготовление ортодонтического аппарата из-за роста костной ткани. В этом случае повторное изготовление аппарата оплачивается отдельно.

15. Я предупрежден(а) о необходимости регулярного посещения врача-ортодонта в сроки, указанные лечащим врачом. Несвоевременное и редкое посещение врача-ортодонта приводит к снижению качества ортодонтического лечения. Необходимо проводить гигиеническую чистку аппарата в соответствии с рекомендациями врача.

Я внимательно прочитал(а) все пункты и понимаю, что невозможно предугадать все вероятные последствия и осложнения, которые могут возникнуть в процессе лечения и после него, а также то, что преимущества предлагаемого лечения значительно превышают риски возможных осложнений. Деньги за аппараты, к которым Пациент не смог привыкнуть по различным причинам, не возвращаются.

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 тканей, окружающих зуб (пародонта), поломки системы и травмирования слизистой оболочки полости рта, частичной или полной потери достигнутого результата - 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.

Мне ясна необходимость соблюдения последовательности лечения и возможные негативные последствия в случае несоблюдения очередности, а также возможность изменения объема работ.

Я понимаю необходимость регулярных осмотров у доктора в течение лечения и после снятия аппаратуры, когда буду пользоваться ретенционным аппаратом (закрепляющий период лечения). Я понимаю значение гигиены полости рта при ортодонтическом лечении и обязуюсь выполнять все назначения.

Я поставлен(а) в известность о том, что в течении 2 недель с момента фиксации брекет-системы могу обратиться к своему доктору за бесплатной коррекцией в случае такой необходимости (коррекция дуг, лигатур, наклейка сколовшегося брекета при его наличии и отсутствии деформации). В связи с наличием высокой степени риска возникновения осложнений в результате проведенного лечения, установление гарантийных сроков по данному виду лечения возможно на основании прогноза.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Вся информация была донесена до меня в понятной и доступной форме. Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и понимаю, что последний является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям пациента при получении данной медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления этой услуги. Дополнительные условия мною не выдвигаются. Расширительных требований не имею. Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента _____

Беседу провел врач _____

Подпись лечащего врача Фамилия И. О.

В присутствии

Дата « ____ » _____

Памятка получена на руки _____

Число

ФИО пациента

подпись

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО
ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ (ЗУБНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ)**

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, _____
(фамилия, имя, отчество пациента и/или законного представителя)

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

до проведения зубного протезирования - ортопедического лечения дефектов зубов или (и) зубных рядов, то есть восстановления их жевательной функции, получил (а) от медицинских работников и врача интересующую меня информацию о предстоящем лечении, с тем, чтобы я мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение.

Врач обосновал необходимость проведения ортопедического лечения, и я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом протезирования и проведения подготовительных мероприятий.

Меня также познакомили 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 аппарата). Последствиями отказа от протезирования вообще, могут быть: перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или вкладкой после проведенного эндодонтического лечения; прогрессирование деформации десен и костной ткани (зубоальвеолярных деформаций), изменение положения зубов; дальнейшее снижение эффективности жевания; ухудшение эстетики; нарушение функции речи; быстрая утрата зубов; прогрессирование заболеваний тканей, окружающих зубы (пародонта); заболевания жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава; общесоматические заболевания и болезни желудочно-кишечного тракта; появление болевых приступов в следствии неврита или невралгии (воспалительные и иные заболевания тройничного и лицевого нерва).

Врач понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, а также соблюдать сроки, 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 аппарата (как если бы у человека снова выросли зубы). Зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается инволютивному развитию (как при наличии протеза, так и без него, но в последнем случае гораздо быстрее), которое проявляется в рецессии (снижении, уменьшении объема) десны, атрофии (нарушении питания, ведущее к изменению структуры) костной ткани челюсти, физиологической стираемости твердых тканей зубов. Поэтому через какое-то время, которое зависит от скорости протекания вышеперечисленных инволютивных процессов, и, которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции, либо переделки протеза.

Я проинформирован(а), что в период проведения манипуляций в полости рта:

- местного обезболивания (анестезии), обработки (обтачивания) зубов, снятия слепков (оттисков), корректировке прикуса возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи. Которые проходят самостоятельно, а в отдельных случаях с помощью кратковременного приема лекарственных препаратов, назначенных врачом. В случае необходимости проведения обезболивания в виде местной анестезии, выбор анестезиологического пособия я

доверяю лечащему врачу, который предоставил мне всю информацию (техника проведения, используемые препараты, показания и противопоказания, возможные осложнения, альтернативные методы и т.д.) о проведении местного обезболивания.

- при наличии в полости рта старых протезов, в связи с присутствием разнородных металлов могут возникнуть гальванические токи, следствием возникновения которых является чувство жжения, болезненность, покраснение и отечность слизистой оболочки полости рта. Для предотвращения этих явлений, необходимо заменить устаревшие конструкции на соответствующие современным условиям и достижениям современной медицины.

- при наличии изменений, заболеваний (патологии) височно-нижнечелюстных суставов и других расстройств движения и функции мышц (психомиофункциональных), могут возникнуть затруднения привыкания (адаптации) к протезам, чувство тошноты, нарушение функций речи, жевания, глотания, поломка протезов. Данные затруднения проходят самостоятельно при выполнении рекомендаций врача и корректирующих мероприятий.

- меня предупредили, что в отдельных случаях может возникнуть необходимость изготовления нового протеза.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях. Я согласен(а) с предложенным мне планом лечения.

Я понимаю, что гигиенический уход за полостью рта при наличии ортопедических конструкций (зубных протезов) должен быть более тщательным, а также необходимость регулярных контрольных осмотров у врача и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, обговоренному с врачом и записанному в истории болезни).

Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии и медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время и предоставил(а) всю информацию, касающуюся моего здоровья.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Вся информация была донесена до меня в понятной и доступной форме.

Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям пациента при получении данной медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления этой услуги. Дополнительные условия мною не выдвигаются. Расширительных требований не имею. Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента _____

Беседу провел врач _____

Подпись лечащего врача Фамилия И. О.

В присутствии _____

Дата « ____ » _____

Памятка получена на руки _____

Приложение № 11
к приказу генерального директора
ФГБУ «Федеральный медицинский центр» Росимущества
от «01» 08 2023 года № 188

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
на проведение медицинского вмешательства рентгенологическое исследование зубочелюстной системы**

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, _____
(фамилия, имя, отчество пациента и/или законного представителя)

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

до проведения рентгенологического исследования получил (а) от медицинских работников и врача интересующую меня информацию о предстоящем рентгенологическом мероприятии, с тем, чтобы я мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение.

Я информирован(а) о характере предстоящего стоматологического вмешательства и возможных неприятных ощущениях во время его проведения.

Мне разъяснены возможные последствия проведения рентгенологических исследований, я понимаю, что современное диагностическое оборудование для проведения дентальной рентгенографии позволяет проводить более одного рентгеновского снимка в процессе лечения зубов.

Мне разъяснено, что альтернативным и наиболее информативным способом диагностического исследования зубочелюстной системы является Компьютерная Томография.

Я даю свое согласие на проведение необходимого количества рентгенологических снимков для достижения успешного результата лечения в будущем. Я понимаю, что это может быть связано с анатомическими особенностями строения зубов, челюстей и биологическими особенностями моего организма и особенностях моего поведения во время проведения процедуры.

Я заявляю, что изложил(а) врачу все известные мне данные о состоянии своего здоровья для установления показаний и противопоказаний для данного вида исследования.

Мне сообщено, что не проводится рентгенологическое обследование в следующих случаях: беременность (только по жизненным показаниям); отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф, проведения курса лучевой терапии-менее чем за шесть месяцев до настоящего времени); выполнение других рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой; работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений; назначение рентгенологических исследований, детям до 14 лет осуществляется только врачом по показаниям и проводится с согласия и в присутствии родителей (законных представителей).

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) всё вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с проведением рентгена зуба (зубов) и челюстей. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем обследовании и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

Мое решение о проведении рентгенологического исследования, является свободным и добровольным. Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям пациента при получении данной медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления таких услуг. Дополнительные условия мною не выдвигаются. Расширительных требований не имею.

Фамилия И. О. _____
пациента или законного представителя подпись

Беседу провел врач _____
Фамилия И. О. лечащего врача подпись

В присутствии (должность, фамилия, инициалы, подпись присутствующих сотрудников): _____

Дата «____» _____

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ЗУБОВ**

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, _____
(фамилия, имя, отчество пациента)

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

до начала проведения терапевтического лечения, получил (а) от медицинских работников и врача интересующую меня информацию о предстоящем лечении, с тем, чтобы я мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение.

Врач, после диагностического обследования, обосновал необходимость проведения терапевтического лечения зубов. Последствиями отказа от данного терапевтического лечения зубов могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление или нарастание болевых ощущений, потеря зуба, а также системные проявления заболевания. Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моем случае, будут иметь меньший клинический успех. Альтернативным методом лечения является удаление пораженного зуба(ов) или отсутствие лечения как такового.

Врач объяснил, что для диагностики и последующего лечения кариеса зубов и его осложнений (воспаление и гибель сосудисто-нервного пучка в каналах зубов), может потребоваться проведение дополнительных диагностических мероприятий и рентгенологическое исследование.

Главная задача при диагностике заключается в определении стадии развития кариозного процесса, количества каналов в зубе, состояние и жизнеспособность тканей в каналах зубов (пульпа зуба), состояние тканей, окружающих зуб, структуру кости и выбора соответствующего метода лечения. В случае необходимости проведения обезболивания в виде местной анестезии, выбор анестезиологического пособия я доверяю лечащему врачу, который предоставил мне всю информацию (техника проведения, используемые препараты, показания и противопоказания, возможные осложнения, альтернативные методы и т.д.) о проведении местного обезболивания. Я даю согласие на проведение комплекса необходимых мероприятий и применение анестезии в процессе лечения.

Врач указал на необходимость лечения кариеса зубов и его осложнений. Мне объяснены принципы лечения кариеса зубов, которые предусматривают одновременное решение нескольких задач:

- устранение факторов, обуславливающих процесс разрушения тканей зуба;
 - предупреждение дальнейшего развития патологического кариозного процесса;
 - сохранение и восстановление анатомической формы пораженного кариесом зуба и функциональной способности всей зубочелюстной системы;
 - предупреждение развития патологических процессов и осложнений;
- Лечение кариеса может включать:
- устранение микроорганизмов с поверхности зубов;
 - реминерализующую (восстановление структуры эмали) терапию на стадии «белого (мелового) пятна»;
 - фторирование твердых тканей зубов при приостановившемся кариесе;
 - сохранение по мере возможности здоровых твердых тканей зуба, при необходимости иссечение патологически измененных тканей с последующим восстановлением жевательной поверхности (коронки) зуба;
 - выдачу рекомендаций по срокам повторного обращения.

Мне разъяснено, что процесс препарирования – удаления пораженных тканей зуба с помощью бора, может измениться диагноз в следствие глубокого кариозного поражения. В таком случае, мне будет проведено эндодонтическое лечение корневых каналов.

Хотя эндодонтическая терапия имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех. Лечение зубов, терапевтическое вмешательство в которых было произведено ранее в других лечебных учреждениях имеют наименее благоприятный прогноз. Я, поставлен (а) в известность о возникших обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказания услуг и возможных осложнениях при лечении.

Врач понятно объяснил мне все возможные осложнения, которые могут произойти во время лечения корневых каналов, а именно:

Имеется определенный процент (5-10 %) неудач эндодонтического лечения, что может потребовать: перелечивания корневых каналов в будущем, проведения хирургических операций в области корней зубов (для устранения воспалительного процесса), удаления зуба.

Во время лечения корневых каналов возможна поломка инструментов, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала, либо инструмент может разрушить (перфорировать) стенку корня зуба. Хотя это происходит редко, тем не менее, такие осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и могут повлечь за собой потерю зуба в перспективе.

При перелечивании (ранее леченных) корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается, и зависит от с возможности безопасного и полного удаления старой корневой пломбы, металлического штифта из корневого канала; невозможностью прохождения каналов на всю длину и воздействия на микроорганизмы внутри канала (повышенная кальцификацией корневых каналов, особенности строения каналов).

При лечении искривленных корневых каналов и каналов, имеющих анатомические особенности строения и количества, процент поломки инструментов, перфораций и переломов корня увеличивается, это влияет на прогноз успешности лечения.

Другие осложнения, требующие госпитализации и проведения стационарного лечения.

Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтической терапии. Для предотвращения подобных последствий, необходимо проведение диагностического исследования «Компьютерная Томография», как наиболее информативного.

Мне врач объяснил, что после лечения корневых каналов, форма зуба восстанавливается пломбой, или пломбой и штифтом. Однако, в подавляющем большинстве случаев, после проведения лечения каналов, имеются показания (отсутствие твердых тканей зуба, разрушение коронковой части зуба на 1/2 и более), для восстановления зуба вкладкой, с последующим покрытием ортопедической коронкой для сохранения зуба. Я понимаю, что игнорирование данных рекомендаций врача, отражается на качестве достигнутых результатов лечения и не позволяет дать прогноз о сроке службы пломбы и гарантировать сохранение функции зуба.

Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения. Я беру ответственность за выполнение всех назначений, а также обязуюсь обеспечить своевременное посещение всех необходимых осмотров у врача (по графику, обговоренному с врачом и записанному в истории болезни).

Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии и медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время и предоставил(а) всю информацию, касающуюся моего здоровья.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному варианту лечения. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Вся информация была донесена до меня в понятной и доступной форме.

Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям пациента при получении данной медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления этой услуги. Дополнительные условия мною не выдвигаются. Расширительных требований не имею. Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента _____

Беседу провел врач _____

Подпись лечащего врача Фамилия И. О.

В присутствии _____

Дата « ____ » _____

Памятка получена на руки _____

Дата

ФИО пациента

подпись

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ**

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, _____
(фамилия, имя, отчество пациента и/или законного представителя)

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

до проведения хирургического вмешательства, на основании данных обследования и диагностики, я получил (а) от медицинских работников и врача интересующую меня информацию о предстоящем хирургическом лечении, с тем, чтобы я мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение.

Последствиями отказа от данного хирургического вмешательства могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. Альтернативным вариантом является отсутствие лечения.

Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения. Я обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику согласованному с врачом и записанному в истории болезни).

Я понимаю, что хирургическое лечение (резекция верхушки корня, цистостомия, гемисекция, лечение корневых каналов, операция по удалению зуба, вскрытие и удаление очагов инфекции и т.п.) требует проведения обезболивания и осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме антибиотиков. В случае необходимости проведения обезболивания в виде местной анестезии, выбор анестезиологического пособия я доверяю лечащему врачу, который предоставил мне всю информацию (техника проведения, используемые препараты, показания и противопоказания, возможные осложнения, альтернативные методы и т.д.) о проведении местного обезболивания. Я даю согласие на проведение комплекса необходимых диагностических мероприятий и применение анестезии в процессе лечения.

Я сообщил(а) точные данные о своем физическом и душевном здоровье. Кроме того, я сообщил(а) обо всех, имевших место, аллергических или необычных реакциях на препараты, пищу, укусы насекомых, анестетики, пыль, болезнях крови, реакциях десны и кожи, кровотечениях или других состояниях, касающихся моего здоровья.

Я понимаю, что любая операция является хирургическим вмешательством в организм. После консультации врача, мною самостоятельно выбрано рекомендованное оперативное вмешательство:

Кроме того, я понимаю необходимость Компьютерного Томографического исследования, как наиболее эффективного метода диагностики, для подробного изучения анатомии челюстей, индивидуального положения зубов, топографию (расположение) органов и тканей, и прогнозирования развития осложнений, таких как: соустье с гайморовой пазухой (образование сообщения гайморовой пазухи с полостью рта), проталкивание зуба или его частей в гайморову пазуху; проталкивание зуба или его частей в мягкие ткани; травмирование нервов верхней или нижней челюсти; возникновение парестезии (длительное онемение участка мягких тканей лица); травмирование крупных сосудов; возникновение длительного кровотечения; вывих височнонижнечелюстного сустава.

Мне было объяснено течение послеоперационного периода и возможное появление болей (как при наличии любой раны), отека мягких тканей (в результате травматического воздействия на них), воспаления в месте хирургического вмешательства (в связи со сложностью вмешательства), кровотечения (в связи с изменением артериального давления или биологическими (анатомическими) особенностями организма). Во избежание вышеперечисленных последствий необходимо тщательно соблюдать режим труда и отдыха, питания, гигиенического ухода и рекомендаций врача. Мне разъяснили, что врач обязуется контролировать течение периода после операции при моем своевременном обращении в клинику и при условии соблюдения мной всех требований врача.

Чтобы не травмировать место операции необходимо: соблюдать щадящую диету, т. е. не жевать на стороне операции и не употреблять жесткую, раздражающую (уксус, перец, майонез) и горячую пищу; осуществлять гигиену полости рта мягкой зубной щеткой, не затрагивая места операции; необходимо после каждого приема пищи, полоскать рот антисептическими растворами

- не забывать принимать лекарства в установленный срок, если доктор их назначит; в день после операции необходимо прикладывать холод на лицо в месте операции на 15-20 минут через каждые 3-4 часа.

Не рекомендуется в течение первых 3-5 суток: летать на самолетах, погружаться под воду (перепады давления могут вызвать кровотечения), менять климатические условия, употреблять спиртные напитки, ограничить курение, посещать спортивные залы, бани, сауны, бассейны.

Мне понятно, что организм каждого человека уникален, и многое зависит от него, врач не может стопроцентно гарантировать исход и предполагаемый прогноз хирургического вмешательства.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Вся информация была донесена до меня в понятной и доступной форме. Я прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное и удовлетворен(а) ответами на все мои вопросы. Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному варианту лечения.

Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям пациента при получении данной медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления этой услуги. Дополнительные условия мною не выдвигаются. Расширительных требований не имею. Я принимаю решение приступить к хирургическому лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента _____

Беседу провел врач _____

Подпись лечащего врача Фамилия И. О.

В присутствии

Дата « ____ » _____

Памятка получена на руки _____

Число

ФИО пациента

подпись

Приложение № 2
к приказу генерального директора
ФГБУ «Федеральный медицинский центр» Росимущества

от «___» _____ 2023 года № _____

СОГЛАСИЕ
пациента на обработку и передачу персональных данных

Субъект персональных данных _____
(Ф.И.О. полностью)

паспорт серия _____ номер _____ выдан _____
(название выдавшего органа)

_____ дата выдачи _____

Адрес: _____

Законный представитель субъекта персональных данных (заполняется в случае, если согласие подписывается законным представителем)

_____ (Ф.И.О. полностью)

паспорт серия _____ номер _____ выдан _____
(название выдавшего органа)

_____ дата выдачи _____

Адрес: _____

(документ, подтверждающий полномочия законного представителя)

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» подтверждаю свое согласие на обработку ФГБУ «Федеральный медицинский центр» Росимущества, расположенным по адресу: 107078, г. Москва, ул. Каланчевская, д. 31 (далее - Оператор) моих персональных данных (персональных данных представляемого лица), включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ДМС (ОМС), место работы, изображение с видеокамер, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, контроля за лечебным процессом, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны. В процессе оказания Оператором медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные (персональные данные представляемого мной лица), в том числе составляющие врачебную тайну, другим сотрудникам Оператора в интересах моего обследования, лечения и в целях внутреннего учета Оператора.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (в страховую медицинскую организацию, организацию - заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронные базы данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) контрольным и надзорным органам, страховым организациям или иным лицам в случаях, если это предусмотрено договорами на оказание медицинских услуг.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе по договорам на оказание медицинских услуг на обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой медицинской или иной организацией, контрольными и надзорными органами с использованием носителей информации или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Передача персональных данных в иных случаях другим лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, либо в случаях, установленных действующим законодательством.

В случае оказания телемедицинских услуг, согласен на передачу моих персональных данных и сведений в отношении меня, составляющих врачебную тайну по открытым каналам связи сети Интернет на мой адрес электронной почты: _____

Я проинформирован(а) о том, что электронная почта является открытым источником информации и незащищённым открытым каналом связи, передаваемая информация может стать известна третьим лицам. За несанкционированный доступ к моему почтовому ящику третьих лиц, а равно и за доступ к моим персональным данным, сведениям, составляющим врачебную тайну и утечку информации Оператор ответственности не несет. Настоящим принимаю на себя ответственность и все риски, связанные с несанкционированным доступом к моему почтовому ящику (персональным данным, сведениям, составляющим врачебную тайну) третьих лиц.

Я проинформирован(а), что получение результатов оказания телемедицинских услуг в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» относятся к сведениям, составляющим врачебную тайну.

Настоящее согласие действует бессрочно. Отзыв согласия осуществляется путем подачи субъектом персональных данных или его законным представителем соответствующего письменного заявления Оператору, получившему согласие.

« ____ » _____ 20 ____ г.

Подпись субъекта / законного представителя субъекта персональных данных _____ / _____

СОГЛАСИЕ¹
заказчика на обработку и передачу персональных данных

Субъект персональных данных _____
(Ф.И.О. полностью)

паспорт серия _____ номер _____ выдан _____
(название выдавшего органа)

_____ дата выдачи _____

Адрес: _____

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку ФГБУ «Федеральный медицинский центр» Росимущества, расположенным по адресу: 107078, г. Москва, ул. Каланчевская, д. 31 (далее - Оператор) моих персональных данных (персональных данных представляемого лица), включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), место работы, изображение с видеорекамера, а также в целях организации внутреннего учета Оператора.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Оператор вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронные базы данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) контрольным и надзорным органам, страховым организациям или иным лицам в случаях, если это предусмотрено договорами на оказание медицинских услуг.

Передача персональных данных в иных случаях другим лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, либо в случаях, установленных действующим законодательством.

Настоящее согласие действует бессрочно. Отзыв согласия осуществляется путем подачи субъектом персональных данных или его законным представителем соответствующего письменного заявления Оператору, получившему согласие.

«__» _____ 20__ г.

Подпись субъекта / законного представителя субъекта персональных данных _____ / _____

¹ Оформляется в случае заключения договора заказчиком в интересах потребителя

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА/ЗАКАЗЧИКА
на получение платных медицинских услуг и заключение договора оказания платных
медицинских услуг**

(ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановление Правительства РФ от 11.05.2023 N 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006").

Я, гражданин (ка)² _____

(ФИО прописывается полностью, паспортные данные)

до получения платной медицинской услуги в ФГБУ «Федеральный медицинский центр» Росимущества (далее по тексту Учреждение) и до заключения договора оказания платных медицинских услуг в доступной для меня форме, проинформирован(а) о нижеследующем:

- о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, по полису ОМС в соответствии с порядком установленным действующим законодательством;
- о перечне платных медицинских услуг, предоставляемых Учреждением, о ценах на платные услуги, условиях, форме и порядке их предоставления и оплаты;
- о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, уровне их профессионального образования и квалификации;
- мне предоставлена вся необходимая информация об Учреждении, в том числе, о режиме работы, графике работы медицинских работников;
- о контролирующих органах, как по надзору в сфере здравоохранения, так и в сфере защиты прав потребителей (их адреса и телефоны), иная информация, предусмотренная правилами предоставления платных медицинских услуг.
- мне предоставлены все необходимые сведения о лицензии Учреждения на осуществление медицинской деятельности, я ознакомлен(а) с перечнем работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации;
- я предупрежден(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой

² При заключении договора ПМУ заказчиком указываются данные и заказчика, и потребителя (за исключением случаев, когда договор заключается в отношении лиц, не достигших совершеннолетия либо недееспособных)

платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- я информирован (а), что отказ потребителя от заключения договора оказания платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы ОМС.

Я, получив полную информацию о возможности и условиях оказания медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, хочу воспользоваться своим правом на получение платных медицинских и иных услуг, даю свое согласие на их получение и готов (а) их оплатить.

Я удостоверяю, что текст настоящего информированного согласия мною прочитан, его положения мне понятны, я даю свое согласие на получение и оплату платных медицинских и иных платных услуг в Учреждении и на заключение договора оказания платных медицинских и иных услуг.

3 _____ / _____ /

(подпись потребителя/ законного
представителя/заказчика)

(расшифровка подписи)

« _____ » _____ 202__ г

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

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, _____
(Ф.И.О. гражданина)

“___” _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю 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, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ФГБУ «Федеральный медицинский центр» Росимущества

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, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 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), в том числе после смерти:

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

Также даю согласие на СМС – рассылку на указанный мной номер мобильного телефона с целью информирования меня о записи к специалистам. ДА НЕТ (поставьте любой знак в нужном квадрате).

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

“___” _____ г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
на проведение
КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ (КТ).

Уважаемый пациент!

Ваш лечащий врач предложил Вам рентгеновское исследование.

Врач-рентгенолог выполнит это исследование только с Вашего согласия. Вы вправе согласиться или отказаться от данного исследования.

Врач-рентгенолог достаточно квалифицирован, чтобы провести исследование и ответить на вопросы Вашего лечащего врача. Однако, Вы должны быть готовы, что данное исследование не сможет ответить **на все** поставленные вопросы и потребуются другие исследования.

Что такое компьютерная томография?

Это диагностическое исследование, выполняемое на современном, высокоразрешающем аппарате, в котором используются рентгеновские лучи (ионизирующее излучение).

Благодаря строгому фокусированию, облучается только зона исследования, таким образом, значительно снижается доза рентгеновского облучения.

Полученная доза ионизирующего излучения зависит от массы тела, области исследования, а также продолжительности сканирования.

Как проходит исследование?

Рентген лаборант уложит Вас на подвижный стол для исследования и попросит Вас не двигаться, а в некоторых случаях – задержать дыхание.

Сколько длится исследование?

Продолжительность исследования от 1 до 30 минут.

Что вводят внутривенно?

В более чем половине случаев необходимо ввести внутривенно контрастное вещество, содержащее йод. Инъекция безболезненна, но Вы можете почувствовать жар во всем теле, металлический привкус, привкус йода. Редко может возникнуть чувство тошноты или рвоты. Эти ощущения обычно проходят через 2-3 минуты после введения.

Есть ли риск при проведении КТ?

Каждое исследование, также как и все медицинские манипуляции, сопряжены с некоторым риском. Осложнения, в данном случае могут быть вызваны, если у пациента имеется аллергия на йод. Тяжелые реакции, реакции немедленного типа/анафилактические реакции развиваются крайне редко (менее 0,1%).

Контрастное вещество выделяется почками (в первые 6 часов выделяется до 93% препарата), поэтому следует знать, как они функционируют. Перед исследованием необходимо сделать биохимический анализ крови, где доктора могут узнать уровень креатинина и определить функцию почек.

Кроме того, если Вы беременны, то должны сообщить об этом медицинскому персоналу!

Рекомендуем Вам после исследования пить больше жидкости, чтобы увеличить скорость выведения контраста из организма.

Очень важно чтобы вы ответили на следующие вопросы:

(поставьте любой знак в нужном квадрате)

- | | ДА | НЕТ |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1) Есть ли у Вас или были аллергические реакции, реакции на йод? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Были ли у Вас аллергические реакции на другие медицинские препараты, либо любые другие вещества (включая пищевую аллергию) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Если да, то на что _____ | | |
| Страдаете ли вы бронхиальной астмой, аллергическим ринитом? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Есть ли у Вас заболевания сердца? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Если да, то какие _____ | | |
| 3) Есть ли у Вас заболевания почек? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Если да, то какие _____ | | |
| 4) Были ли у Вас какие-либо оперативные вмешательства? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Если да, то какие _____ | | |
| 5) Страдаете ли Вы диабетом? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Были ли у Вас исследования желудка, кишечника с применением контрастного вещества за последний месяц (барий и т.п.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ВНИМАНИЕ!

Уважаемые дамы!

Если Вы беременны – компьютерная томография Вам противопоказана.

После проведения исследования врач-рентгенолог сообщит Вам результат исследования, а более подробные сведения Вашему лечащему врачу.

Я, _____
(Ф.И.О.)

« » _____ года рождения, контактный телефон _____ находясь на лечении (обследовании) в ФГБУ «Федеральный медицинский центр» Росимущества, заполнив персонально этот лист, даю свое согласие на проведение компьютерной томографии, в том числе с внутривенным введением неионного йодсодержащего контрастного препарата. Особенности исследования, а также все риски сопровождающие данное исследование мне объяснены. Вся информация предоставлена мне перед оказанием медицинской услуги, с правилами техники безопасности при проведении диагностических процедур с использованием аппарата КТ ознакомлен, обязуюсь неукоснительно их соблюдать.

« _____ » _____ 202 _____ г.

личная подпись пациента

***При проведении исследования не стесняйтесь задавать врачу
интересующие Вас вопросы
Желаем Вам здоровья!***

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

на медицинское вмешательство местное обезболивание – анестезиологическое пособие.

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, _____
(фамилия, имя, отчество пациента и/или законного представителя)

<i>Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:</i>	
Я, _____	паспорт: _____
выдан: _____	являюсь законным представителем (<i>мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель</i>)
ребенка _____	или _____ лица, _____
	признанного _____ недееспособным: _____
<small>Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения</small>	

находясь на лечении в медицинской организации по моему добровольному желанию, прошу провести мне все необходимые мероприятия, манипуляции и процедуры, способствующие достижению наиболее безболезненного проведения лечебных процедур, связанных с лечением моего стоматологического заболевания.

Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился(ась) с предлагаемым способом обезболивания и мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение.

Я понимаю, что проведение обезболивания, является местным и действует на определенный участок полости рта и близлежащие ткани, включая зубы, способ обезболивания состоит из введения обезболивающего специального медицинского препарата (анестетика) с помощью специального (карпульного) шприца и иглы в мягкие ткани полости рта.

Мне, в понятной форме объяснили суть предлагаемого метода. Альтернативным вариантом местного обезболивания (анестезии) является отсутствие анестезии или проведение общего обезболивания (наркоз).

Врач внимательно осмотрел полость рта, разъяснил преимущества и сложности предполагаемого способа обезболивания – местной анестезии. Я информирован(а) о характере предстоящего стоматологического вмешательства и возможном развитии неприятных ощущений и осложнений.

Я понимаю, что в ходе выполнения медицинских действий может возникнуть необходимость осуществления других медицинских вмешательств, исследований или операций. Я доверяю врачам принимать необходимые в этих случаях решения в соответствии с их профессиональными суждениями и выполнять любые медицинские действия, которые врачи сочтут необходимыми для улучшения моего состояния.

Я ознакомлен(а) с планом предлагаемого мне стоматологического лечения и действием лекарственных препаратов, применяемы в стоматологии, с возможным изменением объема и тактики лечения, в случае непереносимости мною тех или иных лекарственных препаратов, изменением состояния моего здоровья.

Мне было сообщено, что в ходе лечения будет применена анестезия, выбор которой производится лечащим врачом при моем согласии. Я понимаю, что местная инъекционная анестезия имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции. Местная инъекционная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) для введения анестезирующего вещества с целью обеспечения эффекта обезболивания. Длительность эффекта может варьировать от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма.

Последствиями отказа от данной процедуры может быть невозможность качественного выполнения медицинских манипуляций из-за болезненности процедур, в связи с чем в дальнейшем, может развиваться: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. Все вышеперечисленное является следствием проявления боли в момент проведения лечебных мероприятий, при этом порог болевой чувствительности у каждого человека индивидуален. Местное обезболивание в виде инъекционной анестезии приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания, а также временному ощущению припухлости этой области.

Мне разъяснено, что применение местного обезболивания может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, потере сознания (обмороку, коллапсу), травматизации нервных

окончаний и сосудов, проявляющимися изменением чувствительности, небольшими кровоизлияниями (синяк, гематома) в месте укола.

Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске местного обезболивания (инъекционной анестезии), включая вероятность осложнений. Основные осложнения обусловлены, в первую очередь, введением в ткани организма специального раствора и реакцией организма на него (учащение сердцебиения, повышение артериального давления, аллергический шок, потеря сознания). Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование небольшого кровоизлияния и гематомы, отечность десны в области введения препарата, тризм (ограниченное открывание рта), которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше.

Обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области жевательных зубов (моляров) нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Я сообщил(а) точные данные о своем физическом и душевном здоровье. Кроме того, я сообщил(а) обо всех, имевших место, аллергических или необычных реакциях на препараты, пищу, укусы насекомых, анестетики, пыль, болезнях крови, реакциях десны и кожи, кровотечениях или других состояниях, касающихся моего здоровья.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Вся информация была донесена до меня в понятной и доступной форме. Я прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное и удовлетворен(а) ответами на все мои вопросы. Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному варианту лечения.

Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям пациента при получении данной медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления этой услуги. Дополнительные условия мною не выдвигаются. Расширительных требований не имею. Я принимаю решение приступить к хирургическому лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента

Беседу провел врач

Подпись лечащего врача Фамилия И. О.

В присутствии: _____

Дата « ____ » _____ года

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество пациента и/или законного представителя)

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

Настоящим подтверждаю, что в соответствии со статьей 20 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с моей волей, я проинформирован(а) о предстоящем лечении и согласен (согласна) на проведение профессиональной гигиены полости рта с названными мне условиями его проведения, а именно о нижеследующем:

Я, проинформирован(а) в доступной для меня форме о состоянии моего здоровья, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания.

Я проинформирован(а), что профессиональная гигиена полости рта является неотъемлемой частью курса лечения заболевания пародонта и профилактической процедурой, предотвращающей развитие кариеса.

Мне в доступной для меня форме даны разъяснения о целях и методах профессиональной гигиены, объяснен в понятной форме план стоматологического лечения, включая ожидаемые результаты, риски, пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, также необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим. Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о виде лечения.

Мне объяснено, и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления плана лечения, выяснится необходимость в частичном или полном изменении плана лечения. Могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее.

Я проинформирован(а), что последствиями отказа от процедуры могут быть: развитие и обострение имеющихся заболеваний пародонта, развитие кариеса зубов и его осложнений и связанная с этим потеря зубов.

Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях проведенного медицинского вмешательства: дискомфорт, повышенная чувствительность зубов к химическим и термическим раздражителям; боль; отек (припухлость) десны и мягких тканей, гематома; кровотечение; натяжение уголков рта с последующим их растрескиванием; во время проведения профессиональной гигиены с помощью ультразвука или Air-flow высока вероятность выпадения пломб с нарушением краевого прилегания в пришеечной области зубов; дефектных пломб; появление или усиление подвижности зубов, обнажение корня зуба.

Я предупрежден(а), что несоблюдение рекомендаций лечащего врача освобождает медицинскую организацию от ответственности за неблагоприятный исход процедуры.

Я проинформирован(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящем, и предупрежден (а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.

Мне названы и со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе проведения процедур; сроки проведения процедур.

Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на профессиональную гигиену полости рта мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Я принимаю решение осуществить профессиональную гигиену полости рта на предложенных мне условиях.

Пациент _____
Фамилия И. О. пациента или законного представителя _____ подпись _____

Беседу провел врач _____
Фамилия И. О. лечащего врача _____ подпись _____

В присутствии _____
Должность, ФИО _____ подпись _____

Дата « _____ » _____ 20__ г.

Памятка получена на руки _____
Число _____ ФИО пациента _____ подпись _____

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА
ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, _____
(фамилия, имя, отчество пациента и/или его законного представителя)

<p><i>Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:</i></p> <p>Я, _____ паспорт: _____, выдан: _____ являюсь законным представителем (<i>мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель</i>) ребенка или лица, признанного недееспособным:</p> <p>Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения</p>
--

до проведения ортодонтического лечения получил (а) от медицинских работников и врача интересующую меня информацию о предстоящем лечении, с тем, чтобы я мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение.

Врач внимательно осмотрел полость рта, разъяснил на основании данных диагностики преимущества и сложности выбранного метода лечения. Мне понятно, что перед началом курса ортодонтического лечения необходимо произвести санацию (устранение очагов инфекции) полости рта и профессиональную гигиену полости рта в соответствии с рекомендациями врача.

1. Я был(а) предварительно проинформирован(а), что одним из основных факторов успешного лечения с применением ортодонтической аппаратуры является хорошая гигиена полости рта. При несоблюдении мной правил гигиены полости рта возможно развитие воспалительных очагов инфекции в зонах контакта ортодонтической аппаратуры с эмалью зуба и мягкими тканями полости рта (кариес, изменение цвета (пигментация) эмали, воспаление тканей, окружающих зуб (пародонтит), воспаление десен (гингивит)). Я согласен(а), что врач-ортодонт оставляет за собой право принятия решения о снятии ортодонтической аппаратуры на любом этапе лечения при неудовлетворительной гигиене полости рта.

2. Я знаю, что ортодонтическая аппаратура - это инородное тело в полости рта. Привыкание к съемной ортодонтической конструкции требует большого терпения и времени, в среднем это длится 1, 5 -2 месяца. До начала активного периода лечения, врач проводит коррекцию аппаратуры в местах наибольшего давления на поверхность слизистой оболочки полости рта.

3. При назначении врачом-ортодонтом дополнительных аппаратов (лицевая маска, лицевая дуга, квад-хеликс.) необходимо следовать всем рекомендациям врача. Привыкание требует большого терпения и времени, в среднем, это может длиться от 1-ой до 3-х недель. При невыполнении правил и сроков пользования вспомогательной аппаратурой, возможно изменение плана лечения (смена аппаратов, удаление зубов).

4. Мне известно, что во время привыкания к ортодонтической аппаратуре может возникать нарушение речеобразования.

5. Мне было сообщено, что привыкание к несъемной ортодонтической технике происходит в среднем в течение 10-14 дней. В это время могут возникать болевые ощущения в области верхней и нижней челюсти при пережевывании и откусывании пищи, натирание слизистой оболочки губы и щеки. После периода привыкания (адаптации) все неприятные ощущения проходят.

6. Мне известно, что для нормализации прикуса может потребоваться удаление отдельных зубов на верхней и нижней челюсти. О необходимости или возможной вероятности врач сообщает до начала ортодонтического лечения.

7. Я согласен(а), что при возникновении заболеваний пародонта – тканей, окружающих зуб (гингивит, пародонтит, пародонтоз) необходимо проводить дополнительное лечение у врача-пародонтолога. Данное лечение оплачивается отдельно от стоимости ортодонтического лечения.

9. Я предупрежден(а), что при ортодонтическом лечении возможно возникновение заболеваний пародонта, обусловленное скрытыми очагами инфекции, неудовлетворительным эндодонтическим лечением. Я понимаю необходимость проведения лечения для устранения воспалительных очагов инфекции.

10. Необходимо производить активацию съемных аппаратов и несъемной ортодонтической техники строго в сроки, указанные врачом. При нарушении данного правила, врач имеет право завершить лечение на данном этапе без возмещения стоимости аппарата или лечения.

11. Я понимаю, что после окончания активного периода лечения необходимо носить ретенционный аппарат в течение всего периода, необходимого для закрепления достигнутого результата лечения. Я предупрежден(а), что в противном случае может развиваться рецидив - частичная или полная потеря достигнутого результата. Я знаю, что контроль за ношением аппарата будет осуществлять врач-ортодонт (контроль осуществляется по качеству фиксации ретенционного аппарата в полости рта).

12. Я понимаю и согласен(а), что перелом, трещина, приваривание новых элементов в ортодонтических аппаратах не являются гарантийными случаями и должны быть оплачены отдельно.

13. Если в процессе активного лечения и в период пользования съемными аппаратами пациент не выполняет рекомендации врача, срок лечения может удлиниться, а результаты лечения могут быть менее эффективными.

14. При ортодонтическом лечении детей, в период их активного роста в некоторых случаях требуется повторное изготовление ортодонтического аппарата из-за роста костной ткани. В этом случае повторное изготовление аппарата оплачивается отдельно.

15. Я предупрежден(а) о необходимости регулярного посещения врача-ортодонта в сроки, указанные лечащим врачом. Несвоевременное и редкое посещение врача-ортодонта приводит к снижению качества ортодонтического лечения. Необходимо проводить гигиеническую чистку аппарата в соответствии с рекомендациями врача.

Я внимательно прочитал(а) все пункты и понимаю, что невозможно предугадать все вероятные последствия и осложнения, которые могут возникнуть в процессе лечения и после него, а также то, что преимущества предлагаемого лечения значительно превышают риски возможных осложнений. Деньги за аппараты, к которым Пациент не смог привыкнуть по различным причинам, не возвращаются.

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 тканей, окружающих зуб (пародонтоза), поломки системы и травмирования слизистой оболочки полости рта, частичной или полной потери достигнутого результата - 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.

Мне ясна необходимость соблюдения последовательности лечения и возможные негативные последствия в случае несоблюдения очередности, а также возможность изменения объема работ.

Я понимаю необходимость регулярных осмотров у доктора в течение лечения и после снятия аппаратуры, когда буду пользоваться ретенционным аппаратом (закрепляющий период лечения). Я понимаю значение гигиены полости рта при ортодонтическом лечении и обязуюсь выполнять все назначения.

Я поставлен(а) в известность о том, что в течение 2 недель с момента фиксации брекет-системы могу обратиться к своему доктору за бесплатной коррекцией в случае такой необходимости (коррекция дуг, лигатур, наклейка сколовшегося брекета при его наличии и отсутствии деформации). В связи с наличием высокой степени риска возникновения осложнений в результате проведенного лечения, установление гарантийных сроков по данному виду лечения возможно на основании прогноза.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Вся информация была донесена до меня в понятной и доступной форме. Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и понимаю, что последний является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям пациента при получении данной медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления этой услуги. Дополнительные условия мною не выдвигаются. Расширительных требований не имею. Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента _____

Беседу провел врач _____

Подпись лечащего врача Фамилия И. О.

В присутствии

Дата « ____ » _____

Памятка получена на руки _____

Число

ФИО пациента

подпись

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО
ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ (ЗУБНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ)**

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, _____
(фамилия, имя, отчество пациента и/или законного представителя)

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

до проведения зубного протезирования - ортопедического лечения дефектов зубов или (и) зубных рядов, то есть восстановления их жевательной функции, получил (а) от медицинских работников и врача интересующую меня информацию о предстоящем лечении, с тем, чтобы я мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение.

Врач обосновал необходимость проведения ортопедического лечения, и я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом протезирования и проведения подготовительных мероприятий.

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 аппарата). Последствиями отказа от протезирования вообще, могут быть: перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или вкладкой после проведенного эндодонтического лечения; прогрессирование деформации десен и костной ткани (зубоальвеолярных деформаций), изменение положения зубов; дальнейшее снижение эффективности жевания; ухудшение эстетики; нарушение функции речи; быстрая утрата зубов; прогрессирование заболеваний тканей, окружающих зубы (пародонта); заболевания жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава; общесоматические заболевания и болезни желудочно-кишечного тракта; появление болевых приступов в следствии неврита или невралгии (воспалительные и иные заболевания тройничного и лицевого нерва).

Врач понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, а также соблюдать сроки, 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 аппарата (как если бы у человека снова выросли зубы). Зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается инволютивному развитию (как при наличии протеза, так и без него, но в последнем случае гораздо быстрее), которое проявляется в рецессии (снижении, уменьшении объема) десны, атрофии (нарушении питания, ведущее к изменению структуры) костной ткани челюсти, физиологической стираемости твердых тканей зубов. Поэтому через какое-то время, которое зависит от скорости протекания вышеперечисленных инволютивных процессов, и, которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции, либо переделки протеза.

Я проинформирован(а), что в период проведения манипуляций в полости рта:

- местного обезболивания (анестезии), обработки (обтачивания) зубов, снятия слепков (оттисков), корректировке прикуса возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи. Которые проходят самостоятельно, а в отдельных случаях с помощью кратковременного приема лекарственных препаратов, назначенных врачом. В случае необходимости проведения обезболивания в виде местной анестезии, выбор анестезиологического пособия я

доверяю лечащему врачу, который предоставил мне всю информацию (техника проведения, используемые препараты, показания и противопоказания, возможные осложнения, альтернативные методы и т.д.) о проведении местного обезболивания.

- при наличии в полости рта старых протезов, в связи с присутствием разнородных металлов могут возникнуть гальванические токи, следствием возникновения которых является чувство жжения, болезненность, покраснение и отечность слизистой оболочки полости рта. Для предотвращения этих явлений, необходимо заменить устаревшие конструкции на соответствующие современным условиям и достижениям современной медицины.

- при наличии изменений, заболеваний (патологии) височно-нижнечелюстных суставов и других расстройств движения и функции мышц (психомиофункциональных), могут возникнуть затруднения привыкания (адаптации) к протезам, чувство тошноты, нарушение функций речи, жевания, глотания, поломка протезов. Данные затруднения проходят самостоятельно при выполнении рекомендаций врача и корректирующих мероприятий.

- меня предупредили, что в отдельных случаях может возникнуть необходимость изготовления нового протеза.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях. Я согласен(а) с предложенным мне планом лечения.

Я понимаю, что гигиенический уход за полостью рта при наличии ортопедических конструкций (зубных протезов) должен быть более тщательным, а также необходимость регулярных контрольных осмотров у врача и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, обговоренному с врачом и записанному в истории болезни).

Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии и медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время и предоставил(а) всю информацию, касающуюся моего здоровья.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Вся информация была донесена до меня в понятной и доступной форме.

Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям пациента при получении данной медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления этой услуги. Дополнительные условия мною не выдвигаются. Расширительных требований не имею. Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента _____

Беседу провел врач _____

Подпись лечащего врача Фамилия И. О.

В присутствии

Дата « ____ » _____

Памятка получена на руки _____

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
на проведение медицинского вмешательства рентгенологическое исследование зубочелюстной
системы**

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, _____
(фамилия, имя, отчество пациента и/или законного представителя)

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

до проведения рентгенологического исследования получил (а) от медицинских работников и врача интересующую меня информацию о предстоящем рентгенологическом мероприятии, с тем, чтобы я мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение.

Я информирован(а) о характере предстоящего стоматологического вмешательства и возможных неприятных ощущениях во время его проведения.

Мне разъяснены возможные последствия проведения рентгенологических исследований, я понимаю, что современное диагностическое оборудование для проведения дентальной рентгенографии позволяет проводить более одного рентгеновского снимка в процессе лечения зубов.

Мне разъяснено, что альтернативным и наиболее информативным способом диагностического исследования зубочелюстной системы является Компьютерная Томография.

Я даю свое согласие на проведение необходимого количества рентгенологических снимков для достижения успешного результата лечения в будущем. Я понимаю, что это может быть связано с анатомическими особенностями строения зубов, челюстей и биологическими особенностями моего организма и особенностях моего поведения во время проведения процедуры.

Я заявляю, что изложил(а) врачу все известные мне данные о состоянии своего здоровья для установления показаний и противопоказаний для данного вида исследования.

Мне сообщено, что не проводится рентгенологическое обследование в следующих случаях: беременность (только по жизненным показаниям); отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф, проведения курса лучевой терапии-менее чем за шесть месяцев до настоящего времени); выполнение других рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой; работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений; назначение рентгенологических исследований, детям до 14 лет осуществляется только врачом по показаниям и проводится с согласия и в присутствии родителей (законных представителей).

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) всё вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с проведением рентгена зуба (зубов) и челюстей. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем обследовании и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

Мое решение о проведении рентгенологического исследования, является свободным и добровольным. Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям пациента при получении данной медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления таких услуг. Дополнительные условия мною не выдвигаются. Расширительных требований не имею.

Фамилия И. О. _____
пациента или законного представителя _____ подпись _____

Беседу провел врач _____
Фамилия И. О. лечащего врача _____ подпись _____

В присутствии (должность, фамилия, инициалы, подпись присутствующих сотрудников): _____

Дата «___» _____

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ЗУБОВ**

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, _____
(фамилия, имя, отчество пациента)

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

до начала проведения терапевтического лечения, получил (а) от медицинских работников и врача интересующую меня информацию о предстоящем лечении, с тем, чтобы я мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение.

Врач, после диагностического обследования, обосновал необходимость проведения терапевтического лечения зубов. Последствиями отказа от данного терапевтического лечения зубов могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление или нарастание болевых ощущений, потеря зуба, а также системные проявления заболевания. Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моем случае, будут иметь меньший клинический успех. Альтернативным методом лечения является удаление пораженного зуба(ов) или отсутствие лечения как такового.

Врач объяснил, что для диагностики и последующего лечения кариеса зубов и его осложнений (воспаление и гибель сосудисто-нервного пучка в каналах зубов), может потребоваться проведение дополнительных диагностических мероприятий и рентгенологическое исследование.

Главная задача при диагностике заключается в определении стадии развития кариозного процесса, количества каналов в зубе, состояние и жизнеспособность тканей в каналах зубов (пульпа зуба), состояние тканей, окружающих зуб, структуру кости и выбора соответствующего метода лечения. В случае необходимости проведения обезболивания в виде местной анестезии, выбор анестезиологического пособия я доверяю лечащему врачу, который предоставил мне всю информацию (техника проведения, используемые препараты, показания и противопоказания, возможные осложнения, альтернативные методы и т.д.) о проведении местного обезболивания. Я даю согласие на проведение комплекса необходимых мероприятий и применение анестезии в процессе лечения.

Врач указал на необходимость лечения кариеса зубов и его осложнений. Мне объяснены принципы лечения кариеса зубов, которые предусматривают одновременное решение нескольких задач:

- устранение факторов, обуславливающих процесс разрушения тканей зуба;
 - предупреждение дальнейшего развития патологического кариозного процесса;
 - сохранение и восстановление анатомической формы пораженного кариесом зуба и функциональной способности всей зубочелюстной системы;
 - предупреждение развития патологических процессов и осложнений;
- Лечение кариеса может включать:
- устранение микроорганизмов с поверхности зубов;
 - реминерализующую (восстановление структуры эмали) терапию на стадии «белого (мелового) пятна»;
 - фторирование твердых тканей зубов при приостановившемся кариесе;
 - сохранение по мере возможности здоровых твердых тканей зуба, при необходимости иссечение патологически измененных тканей с последующим восстановлением жевательной поверхности (коронки) зуба;
 - выдачу рекомендаций по срокам повторного обращения.

Мне разъяснено, что процесс препарирования – удаления пораженных тканей зуба с помощью бора, может измениться диагноз в следствие глубокого кариозного поражения. В таком случае, мне будет проведено эндодонтическое лечение корневых каналов.

Хотя эндодонтическая терапия имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех. Лечение зубов, терапевтическое вмешательство в которых было произведено ранее в других лечебных учреждениях имеют наименее благоприятный прогноз. Я, поставлен (а) в известность о возникших обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказания услуг и возможных осложнениях при лечении.

Врач понятно объяснил мне все возможные осложнения, которые могут произойти во время лечения корневых каналов, а именно:

Имеется определенный процент (5-10 %) неудач эндодонтического лечения, что может потребовать: перелечения корневых каналов в будущем, проведения хирургических операций в области корней зубов (для устранения воспалительного процесса), удаления зуба.

Во время лечения корневых каналов возможна поломка инструментов, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала, либо инструмент может разрушить (перфорировать) стенку корня зуба. Хотя это происходит редко, тем не менее, такие осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и могут повлечь за собой потерю зуба в перспективе.

При перелечивании (ранее леченных) корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается, и зависит от с возможности безопасного и полного удаления старой корневой пломбы, металлического штифта из корневого канала; невозможностью прохождения каналов на всю длину и воздействия на микроорганизмы внутри канала (повышенная кальцификацией корневых каналов, особенности строения каналов).

При лечении искривленных корневых каналов и каналов, имеющих анатомические особенности строения и количества, процент поломки инструментов, перфораций и переломов корня увеличивается, это влияет на прогноз успешности лечения.

Другие осложнения, требующие госпитализации и проведения стационарного лечения.

Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтической терапии. Для предотвращения подобных последствий, необходимо проведение диагностического исследования «Компьютерная Томография», как наиболее информативного.

Мне врач объяснил, что после лечения корневых каналов, форма зуба восстанавливается пломбой, или пломбой и штифтом. Однако, в подавляющем большинстве случаев, после проведения лечения каналов, имеются показания (отсутствие твердых тканей зуба, разрушение коронковой части зуба на 1/2 и более), для восстановления зуба вкладкой, с последующим покрытием ортопедической коронкой для сохранения зуба. Я понимаю, что игнорирование данных рекомендаций врача, отражается на качестве достигнутых результатов лечения и не позволяет дать прогноз о сроке службы пломбы и гарантировать сохранение функции зуба.

Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения. Я беру ответственность за выполнение всех назначений, а также обязуюсь обеспечить своевременное посещение всех необходимых осмотров у врача (по графику, обговоренному с врачом и записанному в истории болезни).

Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии и медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время и предоставил(а) всю информацию, касающуюся моего здоровья.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному варианту лечения. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Вся информация была донесена до меня в понятной и доступной форме.

Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям пациента при получении данной медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления этой услуги. Дополнительные условия мною не выдвигаются. Расширительных требований не имею. Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента _____

Беседу провел врач _____

Подпись лечащего врача Фамилия И. О.

В присутствии

Дата « ____ » _____

Памятка получена на руки _____

Дата

ФИО пациента

подпись

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ**

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, _____
(фамилия, имя, отчество пациента и/или законного представителя)

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

до проведения хирургического вмешательства, на основании данных обследования и диагностики, я получил (а) от медицинских работников и врача интересующую меня информацию о предстоящем хирургическом лечении, с тем, чтобы я мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение.

Последствиями отказа от данного хирургического вмешательства могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. Альтернативным вариантом является отсутствие лечения.

Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения. Я обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику согласованному с врачом и записанному в истории болезни).

Я понимаю, что хирургическое лечение (резекция верхушки корня, цистостомия, гемисекция, лечение корневых каналов, операция по удалению зуба, вскрытие и удаление очагов инфекции и т.п.) требует проведения обезболивания и осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме антибиотиков. В случае необходимости проведения обезболивания в виде местной анестезии, выбор анестезиологического пособия я доверяю лечащему врачу, который предоставил мне всю информацию (техника проведения, используемые препараты, показания и противопоказания, возможные осложнения, альтернативные методы и т.д.) о проведении местного обезболивания. Я даю согласие на проведение комплекса необходимых диагностических мероприятий и применение анестезии в процессе лечения.

Я сообщил(а) точные данные о своем физическом и душевном здоровье. Кроме того, я сообщил(а) обо всех, имевших место, аллергических или необычных реакциях на препараты, пищу, укусы насекомых, анестетики, пыль, болезнях крови, реакциях десны и кожи, кровотечениях или других состояниях, касающихся моего здоровья.

Я понимаю, что любая операция является хирургическим вмешательством в организм. После консультации врача, мною самостоятельно выбрано рекомендованное оперативное вмешательство:

Кроме того, я понимаю необходимость Компьютерного Томографического исследования, как наиболее эффективного метода диагностики, для подробного изучения анатомии челюстей, индивидуального положения зубов, топографию (расположение) органов и тканей, и прогнозирования развития осложнений, таких как: соустье с гайморовой пазухой (образование сообщения гайморовой пазухи с полостью рта), проталкивание зуба или его частей в гайморову пазуху; проталкивание зуба или его частей в мягкие ткани; травмирование нервов верхней или нижней челюсти; возникновение парестезии (длительное онемение участка мягких тканей лица); травмирование крупных сосудов; возникновение длительного кровотечения; вывих височнонижнечелюстного сустава.

Мне было объяснено течение послеоперационного периода и возможное появление болей (как при наличии любой раны), отека мягких тканей (в результате травматического воздействия на них), воспаления в месте хирургического вмешательства (в связи со сложностью вмешательства), кровотечения (в связи с изменением артериального давления или биологическими (анатомическими) особенностями организма). Во избежание вышеперечисленных последствий необходимо тщательно соблюдать режим труда и отдыха, питания, гигиенического ухода и рекомендаций врача. Мне разъяснили, что врач обязуется контролировать течение периода после операции при моем своевременном обращении в клинику и при условии соблюдения мной всех требований врача.

Чтобы не травмировать место операции необходимо: соблюдать щадящую диету, т. е. не жевать на стороне операции и не употреблять жесткую, раздражающую (уксус, перец, майонез) и горячую пищу; осуществлять гигиену полости рта мягкой зубной щеткой, не затрагивая места операции; необходимо после каждого приема пищи, полоскать рот антисептическими растворами

- не забывать принимать лекарства в установленный срок, если доктор их назначит; в день после операции необходимо прикладывать холод на лицо в месте операции на 15-20 минут через каждые 3-4 часа.

Не рекомендуется в течение первых 3-5 суток: летать на самолетах, погружаться под воду (перепады давления могут вызвать кровотечения), менять климатические условия, употреблять спиртные напитки, ограничить курение, посещать спортивные залы, бани, сауны, бассейны.

Мне понятно, что организм каждого человека уникален, и многое зависит от него, врач не может стопроцентно гарантировать исход и предполагаемый прогноз хирургического вмешательства.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Вся информация была донесена до меня в понятной и доступной форме. Я прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное и удовлетворен(а) ответами на все мои вопросы. Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному варианту лечения.

Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям пациента при получении данной медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления этой услуги. Дополнительные условия мною не выдвигаются. Расширительных требований не имею. Я принимаю решение приступить к хирургическому лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента _____

Беседу провел врач _____

Подпись лечащего врача Фамилия И. О.

В присутствии

Дата « ____ » _____

Памятка получена на руки _____
Число

ФИО пациента

подпись