

Главному врачу

ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника г.Копейск»

Ф.А. Шайхутдинову

от _____

Документы, удостоверяющие личность,
законность представления, проверены

Проживающего по адресу:

Документ, удостоверяющий личность:

Ф.И.О., подпись проверившего

Серия, номер: _____

дата

Телефон: _____

Заявление.

Прошу выдать мою медицинскую карту стоматологического больного, получившего помощь в амбулаторных условиях _____

- для предоставления на МСЭ
- для лечения в другой медицинской организации

сокращенное наименование организации, профиль специалиста

- в связи с переездом на новое место жительства _____

(адрес нового места жительства)

- другое _____

Несу личную ответственность за сохранность и достоверность содержимого амбулаторной медицинской карты.

Обязуюсь вернуть амбулаторную карту в срок до _____

(дата)

Дата

Роспись

Главному врачу

ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника г. Копейск»

Ф.А. Шайхутдинову

от _____

паспорт _____

адрес регистрации:

телефон: _____

Заявление.

Я

(Ф.И.О.) _____

Прошу вернуть мне денежные средства в сумме

(прописью) _____

Уплаченные за (указать основания

оплаты) _____

В связи с (указать причину

возврата) _____

Дата _____

Подпись _____ / _____

Главному врачу

ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника

г. Копейск»

Ф.А. Шайхутдинову

от _____

(Ф. И. О. пациента, законного
представителя полностью)

паспорт _____

Адрес места жительства или
пребывания:

Контактный телефон:

Заявление о предоставлении медицинских документов

(оригинала, копии, выписки, справки)

нужное подчеркнуть

Прошу Вас предоставить:

(указать наименования медицинских документов либо сведений, отражающих состояние

здоровья пациента, которые пациент либо его законный представитель намерен получить)

за период _____

с целью предъявления _____

Способ получения медицинских документов, их копий или выписок пациентом, законным

представителем или доверенным лицом выдать мне лично

(лично, по почте, электронно)

Приложение:

1. Копия паспорта или документа, удостоверяющего личность.

2. Копия документа, подтверждающего полномочия законного представителя.*

Дополнительно для законных представителей или доверенных лиц пациента

«____» _____ 20__ г.

_____/_____/

(подпись)

(расшифровка подписи)

Главному врачу
ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника г. Копейск»
Ф.А. Шайхутдинову

от _____

паспорт _____

адрес регистрации: _____

телефон: _____

Претензия по поводу качества оказания медицинских услуг.

Я обратился (обратилась) в ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника г. Копейск» _____
в неотложном/ в плановом порядке с целью _____

Врачом _____

мне было проведено _____

Качество оказанных мне медицинские услуги я считаю ненадлежащим на следующих основаниях:

(изложить суть
претензии) _____

Данное обстоятельство подтверждается:

_____, выданной « » 20 г.
(нужное отметить галочкой; при отсутствии данных оставить незаполненным)

На основании вышеизложенного,

Требую:

1. _____.

2. _____.

Приложение:

1. _____.

2. _____.

_____ ()

ФИО

подпись

Памятка для пациентов при оказании платных медицинских услуг в ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника г. Копейск» (далее - учреждение)

1. В соответствии с п.10 постановления Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 г. № 736 медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается:

а) в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи;

б) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации;

в) на основе клинических рекомендаций;

г) с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2. Оказание платных медицинских услуг учреждением не должно приводить к снижению объемов и увеличению сроков ожидания оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

3. Срок предоставления платных медицинских услуг устанавливается договором на оказание платных медицинских услуг в зависимости от индивидуального объема оказываемых услуг.

4. Потребитель подтверждает, что согласен на осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

5. У любого медицинского вмешательства есть риски и предполагаемая польза, все они, в зависимости от вида оказываемых медицинских услуг, описаны в информированном добровольном согласии на оказание медицинских услуг (далее – ИДС). На каждое медицинское вмешательство подписывается ИДС после консультации с врачом.

6. В случае предъявления пациентом (заказчиком) требований(претензии) в отношении оказанной медицинской услуги учреждение обязано рассмотреть данные требования (претензию) в течение 10 дней и удовлетворить или направить отказ в удовлетворении требований в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей».

Ознакомлен:

_____ дата _____ подпись/расшифровка _____

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____, проживающий по адресу: _____, :
серия _____, номер _____ в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального Закона от 27.07.2006г. "О персональных данных" № 152-ФЗ подтверждаю своё добровольное согласие на обработку ГБУЗ "Стоматологическая поликлиника г. Копейск" (далее - "Учреждение-Оператор, Учреждения"), моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес (указанный мной), контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данных о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях установления диагноза и оказания медицинских услуг. В процессе оказания Учреждением-Оператором мне медицинской помощи, я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим работникам Учреждения- Оператора в интересах моего обследования и лечения. Предоставляю Учреждению-Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Учреждение-Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов). Учреждение-Оператор имеет право передачи моих персональных данных при обмене информацией медицинскими организациями, в том числе размещенной в медицинских информационных системах, в целях оказания медицинской помощи с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их приём и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять врачебную тайну и персональные данные. доверяю Учреждению-Оператору передачу персональных данных представителю без доверенности

Передача моих персональных данных, информации, являющейся врачебной тайной иным лицам или в иных случаях может осуществляется только с моего письменного согласия. Я понимаю, что существуют случаи, когда передача персональных данных осуществляется без моего согласия в силу прямого указания закона. Настоящее согласие дано мной года и действует бессрочно. С "Положением о защите персональных данных пациентов" ознакомлен. Контактный телефон: _____
Подпись субъекта персональных данных _____ (_____)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ХИРУРГИЧЕСКОЕ
ЛЕЧЕНИЕ**

Мне, (в случае, если Пациентом является несовершеннолетний или недееспособный гражданин, от имени и в интересах Пациента действует его законный представитель _____),

врачом _____, предоставлена вся интересующая меня информация о предполагаемом лечении. Я согласен(на) с предложенным мне лечащим врачом планом лечения и информирован о возможности получения альтернативных методов лечения согласно «Территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам РФ, проживающим в Челябинской области, бесплатной медицинской помощи», утвержденной Постановлением Правительства Челябинской области, с которой ознакомлен(а).

Я был предупрежден о возможном риске и возможных осложнениях, возникающих в ходе или после операции удаления зуба и анестезии, а так же в результате приема лекарственных препаратов. Эти осложнения: боль, отек, изменение цвета слизистой оболочки полости рта и десны. Могут появиться онемение губ, языка, подбородка, щеки или зубов. Так же возможно воспаление вен, повреждения имеющихся зубов, перелом кости, пенетрация пазухи, отсроченное заживление, аллергические реакции на используемые лекарства и т.д.

Согласен на удаление зуба. О последствиях предупрежден, претензий не имею. Мне все понятно.

Дата: _____

Подпись пациента / _____ /

Подпись врача / _____ /

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Мне, (в случае, если Пациентом является несовершеннолетний или недееспособный гражданин, от имени и в интересах Пациента действует его законный представитель _____),

врачом _____

предоставлена вся интересующая меня информация о предполагаемом лечении. Я согласен(на) с предложенным мне лечащим врачом планом лечения и информирован о возможности получения альтернативных методов лечения согласно "Территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам РФ, проживающим в Челябинской области, бесплатной медицинской помощи", утвержденной Постановлением Правительства Челябинской области, с которой ознакомлен(а).

Я информирован(на), что в период проведения манипуляций в полости рта: анестезии, медицинской обработке зубов или слизистой оболочки полости рта возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов.

Я уведомлен(на), что после лечения зубов могут возникнуть следующие негативные последствия :

1. Ощущение дискомфорта после лечения, продолжающиеся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего доктор назначит препараты, если сочтет это нужным.
2. Отечность десны возле леченого зуба или лица после лечения, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и больше.
3. Тризм (ограниченное открывание рта), который может длиться несколько дней.
4. Частота неудач может составлять 5-10 % (при неудаче может потребоваться повторное лечение, хирургическое вмешательство в области верхушки или удаление зуба).
5. Переломы инструментов во время лечения корневого канала, которые (по усмотрению врача) могут быть оставлены в канале, или может потребоваться их хирургическое удаление.
6. Перфорация корневого канала инструментами, что может потребовать дополнительной хирургической коррекции или привести к преждевременной утрате зуба или удалению.
7. Преждевременная утрата зуба, вследствие прогрессирующего заболевания пародонта.
8. Избыточное пломбирование каналов, или недопломбировка каналов.
11. Возникновение кариеса под пломбой или в другом месте в этом же зубе.
12. Вскрытие полости зуба.
13. Изменение цвета зуба или пломбы.
14. Обострение воспаления в пульпе зуба с последующим дополнительным лечением корневых каналов.

Я понимаю, что после лечения корневых каналов мой зуб будет более хрупким и его нужно будет защитить от перелома путем установки искусственной коронки.

Дата: _____

Подпись пациента / _____ /

Подпись врача / _____ /

СОГЛАСИЕ НА ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

г.Копейск

Я, (а в случае если Пациентом является несовершеннолетний или недееспособный гражданин, от имени и в интересах Пациента действует его Законный представитель), возраст лет, тел., обращаюсь в ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника г. Копейск», 456623, Челябинская область, г. Копейск, пр. Коммунистический, 7а, соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить. В исключительных случаях (например, болезнь врача) учреждение может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения.

1. Диагноз: (показания к протезированию).
2. Допустимость уточнения диагноза (показаний к протезированию) в процессе лечения.
3. Индивидуальный рекомендованный план ортопедического лечения и подготовки к нему (описывается в стоматологической карте).
4. Допустимость коррекции намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.
5. Возможные альтернативные варианты протезирования:

6. Возможные осложнения на разных этапах протезирования, устранение которых оплачивается за счет пациента, кроме гарантийных случаев, предусмотренных в пункте 8:

- а) при снятии старых ортопедических конструкций: перелом корня зуба, расцементировка штифтовых конструкций;
- б) при изготовлении штифтово-культевых вкладок:
 - перелом корня зуба, что приведет к удалению зуба и изменению конструкции;
 - необходимость повторного эндодонтического лечения;
- в) при получении оттисков: рвотный рефлекс, расцементировка ортопедических конструкций, попадание оттисковой массы в поднутрения зубов, пломб, ортопедических конструкций;
- г) при препарировании зубов:
 - под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола иглы, аллергические реакции, повышение артериального давления;
 - последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры, обострение хронических заболеваний;
- д) при пользовании временными конструкциями: расцементировка или поломка временных коронок;
- е) после постановки протеза, а именно:
 - нарушение речевой функции, вкуса, ощущение инородного тела в полости рта – временно, на период адаптации после ортопедического лечения;
 - воспаление слизистой оболочки (кровоточивость, отечность) – вследствие плохой гигиены полости рта, давления базиса протеза, обострение хронической герпетической инфекции или изменения гормонального фона;
 - поломка протеза и попадание его частей в дыхательные пути или желудочно-кишечный тракт – вследствие нарушения рекомендаций врача (жевание грубой пищи, раскусывание орехов и др.);
 - ухудшение или неудовлетворительная фиксация съемного протеза – следствие анатомо-топографических особенностей полости рта или износа ретенционных (удерживающих) составляющих съемного протеза;
 - расцементировка штифтовых конструкций;

7. Необходимость через некоторое время проводить коррекцию либо переделку протеза (по ситуации) по причинам, не зависящим от работы врача, но обусловленным неизбежными изменениями в полости рта.

8. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях (не нужное зачеркнуть):

- а) на несъемные протезы – 1 год;
- б) на съемные протезы – 6 месяцев;
- в) без гарантии.

9. Со мной согласованы:

- а) технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- б) ориентировочные сроки проведения ортопедического лечения;

10. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.

11. Мне сообщено и понятно, что необходимые консультации и лечение у врачей иного профиля, о чем меня уведомил врач, оплачиваются за мой счет.

12. Мне сообщено и понятно, что отказ от рекомендованного плана лечения или частичное его выполнение может привести к негативным последствиям, и снимает все гарантийные обязательства с учреждения.

Мною были заданы доктору все интересующие вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

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

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента (Законного представителя)

/_____/

Подпись врача

/_____/

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, _____, _____ г. рождения, (в случае, если Пациентом является несовершеннолетний или недееспособный гражданин, от имени и в интересах Пациента действует его законный представитель _____) зарегистрированный по

адресу: даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень, для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника г.Копейск». Медицинским работником, 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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбраном (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 в случае смерти:

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

/ _____

/ _____

Дата:

ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Я, _____, _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____, проживающий по адресу: _____, при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в ГБУЗ "Стоматологическая поликлиника г.Копейск" отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных 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. N 390н <1>:

_____.
Медицинским работником _____ в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния)

_____.
_____.
(указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного (вышеуказанных) вида (видов) медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния)).

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

_____/_____
(Ф.И.О) (подпись)

_____/_____
(Ф.И.О.) (подпись)

Дата: _____