

Центр Семейной Стоматологии ООО «Виола»  
ИНН: 2466181116 КПП: 246601001  
ОГРН: 1172468026620 ОКПО: 15412116  
Юридический адрес: 660043, Красноярский край,  
г.Красноярск, ул. Дмитрия Мартынова, дом № 43,  
помещение 195  
Телефон: 242-02-02  
Email viola21042017@mail.ru

Приложение №1  
к договору № [CLIENT.HISTNUM]  
на оказание платных медицинских услуг



## Информированное добровольное согласие на возмездное медицинское вмешательство КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПРИЕМ СОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО ПАЦИЕНТА

Этот документ свидетельствует о том, что в соответствии со ст.19-23 Федерального закона N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», одним из условий оказания медицинской стоматологической помощи является наличие информированного добровольного согласия (ИДС) пациента, или его законного представителя, на ее получение. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского стоматологического вмешательства.

**Я, [CLIENT.FULLNAME] [CLIENT.BDATE] г.р. паспорт: [CLIENT.PASSP\_FULL],** зарегистрирован по адресу: [CLIENT.ADDR\_REG], соглашаюсь с тем, что мне консультативно-диагностический прием будет проводить врач-стоматолог центра семейной стоматологии ООО «Виола» [TREAT.DFULLNAME].

В исключительных случаях (например, болезнь врача или других непредвиденных ситуациях) центр семейной стоматологии ООО «Виола» может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом не менее чем за 12 часов до приема и получив мое устное Согласие.

Я добровольно обращаюсь за консультативно-диагностическими медицинскими стоматологическими услугами в центр семейной стоматологии ООО «Виола», предоставляю полностью имеющуюся на сегодняшний день информацию о состоянии моего здоровья и соглашаюсь на проведение платного консультативно-диагностического приема, включающего в себя:

- ✓ опрос, жалоб и сбора анамнеза;
- ✓ осмотра полости рта, в том числе зондирование, пальпацию, перкуссию, аускультацию и медицинскую фото- и видеосъемку;
- ✓ снятия оттисков и изготовления контрольно-диагностических моделей для диагностического анализа;
- ✓ антропометрических исследований;
- ✓ рентгенологического исследования, для получения максимально полной картины состояния моей зубочелюстной системы;
- ✓ а также все рекомендованные врачом центра семейной стоматологии ООО «Виола» манипуляции и исследования для назначения предварительного диагноза и плана лечения и возможности согласовать этот план со мной.

Мне разъяснено и понятно, что в ходе выполнения консультации может возникнуть необходимость расширения обследования.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 ФЗ N323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" (Собрание законодательства РФ, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Исполнитель в доступной форме уведомил меня об осуществляемой им медицинской деятельности, о режиме работы центра семейной стоматологии ООО «Виола», о видах, качестве и об условиях предоставления мне медицинской помощи, об эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях, о графике работы, уровне образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении мне платных медицинских услуг, об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, о состоянии моего здоровья, о правилах и

\_\_\_\_\_ ознакомлен (а), согласен (сна)

условиях эффективного и безопасного использования результатов оказанных медицинских услуг, о перечне платных медицинских услуг Исполнителя, их стоимости, положении о гарантиях и сроках службы на овеществленные результаты оказанных услуг, о правилах использования установленных стоматологических конструкций.

Я подтверждаю, что в Анкете здоровья назвал(а) все известные мне заболевания, имеющиеся у меня в прошлом и настоящем.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании, без указания имени и фамилии, фотографии и видео моих зубов (без лица) и полости рта в научных и учебных целях, публикации на сайте клиники, социальных сетях, для публикации в научной литературе, а также предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных услуг Страховщику.

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных». Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам для осуществления действий по обмену информацией, обезличивание, блокирование персональных данных, а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации. Я проинформирован, что ООО «Виола» (ИНН 2466181116, КПП 246601001) гарантирует обработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации как неавтоматизированным, так и автоматизированным способами.

Данное согласие действует до достижения целей обработки персональных данных или в течение срока хранения информации.

Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Я предупрежден (на) и даю согласие на фото и видео съемку в Центре семейной стоматологии ООО «Виола», для контроля качества оказания медицинской помощи.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

Я внимательно ознакомился (-лась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской амбулаторной карты пациента, договора на оказание платных стоматологических услуг и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Мной заданы все интересующие меня вопросы и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них, мне понятны все слова и медицинские термины, используемые в настоящем документе.

Я проинформирован(-а) об особенностях предстоящего консультативно-диагностического приема и даю свое согласие приступить к консультации, на предложенных мне условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

**Подпись пациента:** \_\_\_\_\_ / [CLIENT.FULLNAME]

**Подпись врача:** \_\_\_\_\_ / [TREAT.DFULLNAME]

[BDate]

\_\_\_\_\_ ознакомлен (а), согласен (сна)