

ОБЛАСТНОЙ НАБОР КЛИЕНТОВ: ООО «Виола» (ИНН: 2466181116, ОГРН: 1172468026620)
ОБЛАСТНОЙ НАБОР КЛИЕНТОВ: ООО «Виола» (ИНН: 2466181116, ОГРН: 1172468026620)
ОБЛАСТНОЙ НАБОР КЛИЕНТОВ: ООО «Виола» (ИНН: 2466181116, ОГРН: 1172468026620)

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 РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЕ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО ПАЦИЕНТА

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», сообщена вся необходимая информация о предстоящих мне медицинских услугах и что я согласен (согласна) с названными мне условиями их проведения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала консультативного приема.

Я, [REPRES.FULLNAME] [REPRES.BDATE] г.р. [REPRES.PASSP_FULL], зарегистрирован по адресу: [REPRES.ADDR_REG], являюсь законным представителем ребенка [CLIENT.FULLNAME] [CLIENT.BDATE] г.р. проинформирован(-а) рентген-лаборантом центра семейной стоматологии ООО «Виола», и мне понятна информация о том, что рентгенологическое обследование зубочелюстной системы моего ребенка проводится по клиническим показаниям и назначению лечащего врача.

Целью рентгенологического обследования является правильная постановка диагноза, для проведения качественного лечения, а также контроль процесса и результата лечения.

Я предупрежден(-а) и понимаю, что при отказе от проведения необходимых диагностических обследований моему ребенку (рентгенологического исследования) врач-стоматолог не сможет провести гарантированно качественное лечение и исключить неблагоприятные последствия после него. Я проинформирован (-на), что противопоказаниями для рентгенологического обследования являются: отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение пациенту курса лучевой терапии по поводу сопутствующих заболеваний менее чем за шесть месяцев до настоящего времени), а также процедуры, связанные с использованием источников ионизирующих излучений. Я обязуюсь известить сотрудника клиники ООО «Виола» (врача-рентгенолога, рентген-лаборанта) и лечащего врача моего ребенка о наличии вышеперечисленных противопоказаний, если таковые имеются, до проведения рентгенологического обследования. Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о процедуре проведения рентгенологического обследования: рентгенодиагностика осуществляется с применением исправной, сертифицированной аппаратуры (компьютерный томограф Orthopantomograph KAVO OP300 с функцией компьютерного томографа, без цефалостата и радиовизиограф Gendex GXS-700, Planmeca ProX), которая дает минимальную дозу облучения и снижает до минимума риск возможных последствий; медицинский персонал будет осуществлять контроль и соблюдать меры радиационной безопасности с предоставлением ребенку индивидуальных средств защиты; доза облучения во время обследования будет зарегистрирована в «Листе учета дозовых нагрузок», в протоколе рентгенологического исследования и медицинской амбулаторной карте; мне будет сообщена информация о мерах, которые необходимо соблюдать, чтобы исключить отрицательные последствия во время и после рентгенологического обследования, а также, что при получении рентгенограммы неудовлетворительного качества (в случаях движения ребенка во время процедуры и пр.) может потребоваться повторное выполнение рентгеновского снимка. 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

ознакомлен(а), согласен(сна)

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 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 так же даю свое согласие на использование сотрудниками клиники центра семейной стоматологии ООО «Виола» рентгеновских снимков в научных публикациях, для демонстрации работ (лекции, интернет) без указания персональных сведений, а также при решении спорных вопросов, в судебном порядке.

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 и персональных данных моего ребенка, 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 и персональных данных моего ребенка 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 подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах. Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы об условиях, способах и методах предстоящего рентгенологического обследования моего ребенка, на которые, я получил (а) исчерпывающие и понятные мне ответы и разъяснения. Меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги. Дополнительных условий мною не выдвигается. Я разрешаю использовать информацию о заболевании моего ребенка, без указания имени и фамилии, а также использовать фотографии и видео его зубов (без лица) и полости рта в научных и учебных целях, для оценки качества лечения, публикации на сайте клиники, а также предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных услуг моему Страховщику.

Я разрешаю сообщать информацию о лечении лицам, его оплачивающим, близким родственникам, а также всем лицам, профессионально обязанным сохранять медицинскую тайну.

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

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

Я проинформирован(-а) врачом об особенностях предстоящего лечения моего ребенка и даю свое согласие приступить к лечению, на предложенных мне условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись законного представителя: _____ [REPRES.FULLNAME]

Беседу провел рентген-лаборант: _____ **Ибрагимова С.Б.**

[BDate]

Центр семейной стоматологии ВИОЛА
violafamilydent.ru

_____ознакомлен(а), согласен(сна)