

## Информированное, добровольное согласие на стоматологическое лечение и обработку персональных данных

1. Терапевтическое лечение

2. Хирургическое лечение

3. Ортопедическое лечение

Я, \_\_\_\_\_, согласно статье 20 Федерального закона от 01.01.2001 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» получил от врача полную информацию о комплексном плане лечения, о необходимых манипуляциях в полости рта, выполняемых под анестезией или без нее в целях лечения пораженных зубов, их удаления, проведения разрезов, проведения амбулаторных операций, лечения заболевания десен и слизистой оболочки полости рта.

Также информирован о возможных осложнениях, связанных с анестезией (развитие анафилактического шока), с использованием вращающихся инструментов в полости рта (порезов мягких тканей). Информирован, что в учреждении имеются все необходимое для оказания стоматологической и экстренной помощи.

Врач внимательно осмотрел полость рта, разъяснил преимущества и сложность методов лечения, а также сообщил о последствиях, которые могут возникнуть при невыполнении начатого лечения и после проведенного лечения, в том числе:

**Терапевтический прием:** постпломбировочная боль, боль при накусывании, возможность попадания пломбировочного материала за верхушку корня, в периапикальную ткань при эндодонтическом лечении, отлом коронковой части зуба при циркулярном кариесе, возможность отлома эндодонтических инструментов в труднопроходимых каналах, возможность развития пульпита или периодонтита после лечения глубокого кариеса, возможность изменения цвета зуба при употреблении в пищу в первые сутки продуктов, содержащих красящие вещества, при наличии заболеваний ЖКТ возможно появление темной полосы между пломбой и тканями зуба, гематомы после инъекции анестетики.

**Хирургический прием:** гематомы после инъекций, боли в месте инъекции до трех недель, повышенная температура, луночковые боли после удаления зубов, отек, кровотечения из лунки или места разреза, парестезия в области языка, нижней губы, сообщение полости рта с гайморовой пазухой, гайморит. Попадание корня зуба в гайморовую пазуху. Контрактура жевательных мышц после удаления зуба.

**Ортопедический прием:**

Перед протезированием зубов необходимо пройти базовое стоматологическое лечение зубов. После протезирования наступает период адаптации, т.е. привыкания к новым зубопротезным конструкциям, длительность которого зависит от правильного эмоционального настроя пациента и соблюдения всех врачебных рекомендаций.

Необходимо регулярно посещать врача с профилактическими целями и для коррекции (при необходимости) зубопротезной конструкции. Это увеличивает срок службы протеза.

Я соглашаюсь на анестезию и рентгенографию для полноценного лечения.

Я подтверждаю, что настоящее информированное согласие мною полностью прочитано, осмысленно и юридическое назначение данного документа понятно. Я даю свое согласие на медицинское вмешательство и лечение на предложенных условиях.

Дата: \_\_\_\_\_ Подпись пациента: \_\_\_\_\_

Отпеч. в тип. ООО "Буквица", г. Благовещенск, ул. Б. Хмельницкого, 9, тел. 53-15-10. ИНН 2801067579. Т. 200 экз. 3. 01599. 22.03.17 г.

## Согласие на обработку персональных данных

Обработка персональных данных (далее - ПД) пациента (общедоступных, специальных) при условии, что она осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну, производится без согласия пациента (биометрических данных - с согласия пациента) в медико-профилактических целях для установления медицинского диагноза, оказания стоматологических услуг с целью исполнения договорных обязательств по обязательному медицинскому страхованию, добровольному медицинскому страхованию, возмездному оказанию стоматологических услуг. Сроки обработки ПД - период от начала лечения до санации полости рта. Передача ПД пациента (биометрических) третьему лицу производится также с письменного согласия пациента.

**Цель обработки:** состояние зубочелюстной системы, установление диагноза, плана лечения.

**Предполагаемый пользователь (третье лицо):** другое медицинское учреждение стоматологического профиля.

Не требуется письменного согласия для передачи данных в связи с осуществлением правосудия, а также в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации об оперативно-розыскной деятельности, о государственной службе. Сроки обработки ПД - по устранению причин, вследствие которых осуществлялась обработка.

На обработку и передачу биометрических персональных данных согласен, что подтверждаю личной подписью

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (подпись пациента)