

Консультативный лист стоматологического больного

Дата обращения: _____

Дата рождения: _____

Ф.И.О _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ С ОБЩИМ ПЛАНом ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ

Я _____ обратившись за медицинской помощью в ООО «Студия ортодонтии», 141006, Московская область, г. Мытищи, Белобородова дом 2, корпус 3, помещение III (далее по тексту – Клиника) проинформирован о том, что для определения состояния моего здоровья, получения сведений о наличии у меня того или иного заболевания, состояния, для установления моего медицинского диагноза и дальнейшего планирования и оказания необходимых медицинских услуг, мне необходимо пройти первичный план обследования, который включает в себя следующие виды медицинского вмешательства: осмотр врача, лучевые методы исследования, проведение консультаций врачей-специалистов, проведение инструментальных методов исследования, направление на консультацию или иные диагностические мероприятия в другие медицинские организации в случае необходимости.

Я согласен на оказание мне данных видов медицинского вмешательства, как на этапе первичного обследования, так и в дальнейшем при оказании мне Клиникой платных медицинских услуг.

Я проинформирован(на) о том, что в случае необходимости применения лучевых методов диагностики, мне будет предложено к изучению и подписанию информированное добровольное согласие с более полной информацией о данном виде медицинского вмешательства.

Я ознакомился(лась) и согласен(на) с: 1) Правилами оказания платных медицинских услуг в ООО «Студия ортодонтии» 2) Правилами внутреннего распорядка ООО «Студия ортодонтии»; 3) Прейскурантом на медицинские услуги ООО «Студия ортодонтии»

Я информирован(на) о том, что в соответствии со статьей 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» моя медицинская информация, в том числе медицинская документация составляют врачебную тайну. Мне подтверждена гарантия конфиденциальности такой информации, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах в соответствии с законодательством РФ;

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», я подтверждаю свое согласие на обработку Клиникой моих персональных данных, как с использованием средств автоматизации, так и без использования таковых, в целях оказания мне платных медицинских услуг, совершения иных действий, порождающих юридические последствия в отношении меня или других лиц.

Я разрешаю предоставлять мою медицинскую информацию всем медицинским работникам и должностным лицам Клиники, причастным к данному случаю оказания мне медицинской помощи.

Я разрешаю использовать мою медицинскую информацию для проведения контроля качества оказания мне медицинской помощи, в том числе с привлечением независимых специалистов.

Я разрешаю передавать мне информацию о состоянии моего здоровья в случае неблагоприятного прогноза развития моего заболевания.

Я разрешаю врачам делать фотографии и видеозаписи, связанные с моим лечебным процессом и использовать их для научных, образовательных, а также целей контроля качества МП при условии, что идентификации меня как больного или личности не будет, фото- и видеоматериалы останутся анонимными.

Также я разрешаю предоставлять мою медицинскую информацию _____

Дата _____ Врач(ФИО, подпись) _____ Пациент согласен(подпись) _____