

Утверждаю:
ГЛАВНЫЙ ВРАЧ ООО «СИМФОНИЯ УЛЫБКИ»
И.А.ГОРСКАЯ
2017 года



ПРАВИЛА ВНУТРЕННЕГО РАСПОРЯДКА

1. Общие положения

1.1. Правила внутреннего распорядка являются организационно-правовым документом, регламентирующим в соответствии с законодательством Российской Федерации в сфере здравоохранения, вопросы, возникающие между участниками правоотношений - пациентом (его представителем) и ООО «СИМФОНИЯ УЛЫБКИ» (далее по тексту «Организация»).

1.2. Настоящие Правила обязательны для всех пациентов, а также иных лиц, обратившихся в организацию, разработаны в целях реализации, предусмотренных законом прав пациента, создания наиболее благоприятных возможностей оказания пациенту своевременной медицинской помощи надлежащего объема и качества по согласованному плану лечения с регистрацией или подписями участников оказания услуги.

1.3. Внутренний распорядок определяется нормативными правовыми актами органов государственной власти, настоящими Правилами, приказами и распоряжениями директора Организации и иными локальными нормативными актами.

1.4. Правила внутреннего распорядка для пациентов включают:

- порядок обращения пациента в ООО «СИМФОНИЯ УЛЫБКИ»;
- права и обязанности пациента;
- порядок разрешения конфликтных ситуаций между ООО «СИМФОНИЯ УЛЫБКИ» и пациентом;
- порядок предоставления информации о состоянии здоровья пациента;
- порядок ознакомления пациента с медицинской документацией;
- порядок выдачи справок, выписок из медицинской документации пациенту или другим лицам;
- график работы ООО «СИМФОНИЯ УЛЫБКИ» и ее должностных лиц;
- информацию о перечне платных медицинских услуг и порядке их оказания;

1.5. Правила внутреннего распорядка находятся в доступном для пациентов месте и на сайте Организации.

2. Порядок обращения пациентов в ООО «СИМФОНИЯ УЛЫБКИ»:

2.1. Медицинские услуги в ООО «СИМФОНИЯ УЛЫБКИ» оказываются на платной основе, с оплатой за счет личных средств граждан.

2.2. При состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (несчастный случай, травма, отравление, другие состояния и заболевания, угрожающие жизни или здоровью гражданина или окружающих его лиц), необходимо обратиться в службу скорой медицинской помощи по телефону – 03.

2.3. Медицинская помощь населению осуществляется по обращению в соответствии с графиком работы Организации.

2.4. При первичном обращении пациент может представить документ, удостоверяющий личность или сообщить требуемые данные о себе. Возможно представление документа в последующее посещение при условии заполнения медицинской документации при первичном обращении. При заполнении документов со слов пациента в амбулаторной карте делается соответствующая отметка и пациент ставит свою подпись. В этом случае пациент несет ответственность за правильность представленных сведений. На пациента заводится медицинская карта амбулаторного пациента, в которую вносятся следующие сведения о пациенте: фамилия, имя, отчество (полностью), пол, дата рождения (число, месяц, год), адрес по данным прописки (регистрации) на основании документов, удостоверяющих личность (паспорт), серия и номер паспорта, дополнительные необходимые сведения (номер телефона). При оказании медицинской помощи в рамках ДМС амбулаторная карта оформляется только при предъявлении документа, удостоверяющего личность после получения гарантийного письма из страховой медицинской организации.

Медицинская карта пациента является собственностью Организации и храниться в регистратуре. Медицинская карта на руки пациенту не выдается, а получается лично лечащим врачом. **Не разрешается** самовольный вынос медицинской карты из Организации без согласования с директором или главным врачом! В случае необходимости, по заявлению пациента и по согласованию с директором или главным врачом, выдается ксерокопия амбулаторной карты, заверенная печатью Организации и подписью ответственного лица.

2.5. Организация предварительной записи пациентов на прием к врачам-специалистам в Организации осуществляется при их непосредственном обращении. Вопрос о необходимости экстренной консультации врача-специалиста решается в день приема. При острой боли время ожидания пациентом приема врача не должно превышать 30 минут.

2.6. Информацию о времени приема врачей всех специальностей, о порядке предварительной записи на прием к врачам, о времени и месте приема

населения директором или главным врачом пациент может получить в устной форме и наглядно - с помощью информационных стендов, расположенных в холле или на сайте Организации.

3. Права пациентов:

Права и обязанности пациентов подтверждаются в соответствии с Законом Российской Федерации «Основы Законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан».

Пациенты информируются о том, что имеют право на получение бесплатной медицинской помощи в иных медицинских учреждениях в рамках программы обязательного медицинского страхования (приложение № 3 к настоящему Положению).

3.1. При обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право на:

- уважительное и гуманное отношение со стороны медицинских работников и других лиц, участвующих в оказании медицинской помощи;
- информацию о фамилии, имени, отчестве, должности и квалификации его лечащего врача и других лиц, непосредственно участвующих в оказании ему медицинской помощи;
- обследование, лечение и нахождение в учреждении здравоохранения в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим и противоэпидемическим требованиям;
- облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;
- перевод к другому лечащему врачу с разрешения главного врача ООО «СИМФОНИЯ УЛЫБКИ» при согласии другого врача;
- обжалование поставленного диагноза, применяемых методов обследования и лечения;
- добровольное информированное согласие пациента на медицинское вмешательство в соответствии с положением статьи 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 01.11.2011 г. № 323-ФЗ (в ред. Федеральных законов от 25.06.2012 г. № 89-ФЗ, от 25.06.2012 г. № 93-ФЗ);
- отказ от оказания (прекращение) медицинской помощи, от госпитализации (при необходимости), за исключением случаев, предусмотренных законодательными актами;

- обращение с жалобой к директору или главному врачу ООО «СИМФОНИЯ УЛЫБКИ», в которой ему оказывается медицинская помощь, а также к должностным лицам государственных органов или в суд;

- сохранение медицинскими работниками в тайне информации о факте его обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, за исключением случаев, предусмотренных законодательными актами;

- получение в доступной для него форме полной информации о состоянии своего здоровья, применяемых методах диагностики и лечения, а также на выбор лиц, которым может быть передана информация о состоянии его здоровья;

Пациент имеет право по окончании лечения получить эпикриз о состоянии здоровья момент окончания лечения, по режиму, питанию, уходу за полостью рта, профилактике развития или обострения хронической соматической патологии и прочее и профилактических мероприятиях (приложение № 5 к настоящему Положению).

3.2. Пациент обязан:

-соблюдать режим работы Организации;

-соблюдать правила внутреннего распорядка для пациентов;

При первичном приеме пациент должен под роспись ознакомиться с текстом информированного добровольного согласия в случае дачи разрешения на медицинское вмешательство или отказ от него в соответствии с требованиями **Приказа МЗ № 1177н от 20.12.2012 года «Об утверждении порядка дачи информированного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства»** и оформить в установленном порядке согласие на медицинское вмешательство (приложение №№ 1, 3 к настоящему договору);

- оформлять в установленном порядке согласие на обработку персональных данных (приложение № 3 к настоящему договору);

- оформлять в установленном порядке свой отказ от медицинского вмешательства или его прекращение (приложение № 2 к настоящему договору) на основании **приказа МЗ № 1177н от 20.12.2012 года «Об утверждении порядка дачи информированного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства»**;

- представлять лицу, оказывающему медицинскую помощь, известную ему достоверную информацию о состоянии своего здоровья, в том числе о

- противопоказаниях к применению лекарственных средств, ранее перенесенных и наследственных заболеваниях (Приложение № 4 к настоящему договору);
- соблюдать правила поведения в общественных местах;
 - соблюдать требования пожарной безопасности;
 - соблюдать санитарно-противоэпидемиологический режим (вход в сменной обуви или бахилах, верхнюю одежду оставлять в гардеробе);
 - соблюдать установленный в учреждении регламент работы, выполнять предписания лечащего врача; сотрудничать с врачом на всех этапах оказания медицинской помощи;
 - соблюдать рекомендуемые врачами режим и диету;
 - уважительно относиться к медицинским работникам и другим лицам, участвующим в оказании медицинской помощи;
 - уважительно относиться к медицинскому персоналу, проявлять доброжелательное и вежливое отношение к другим пациентам, соблюдать очередность, пропускать лиц, имеющих право на внеочередное обслуживание в соответствии с Законодательством РФ;
 - бережно относиться к имуществу организации;
 - при обнаружении источников пожара, иных источников, угрожающих общественной безопасности, пациент должен немедленно сообщить об этом дежурному персоналу;
 - соблюдать правила запрета курения в медицинских учреждениях, курить только в специально отведенных для курения местах.

4. Порядок разрешения конфликтов между пациентом и ООО «СИМФОНΙΑ УЛЫБКИ»

Порядок рассмотрения жалоб и обращений определен в соответствии с Федеральным Законом Российской Федерации «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» от 02.05.2006г. 59-ФЗ.

4.1. В случае конфликтных ситуаций пациент (его законный представитель) имеет право непосредственно обратиться к директору ООО «СИМФОНΙΑ УЛЫБКИ» в письменном или устном виде.

4.2. При личном приеме гражданин предъявляет документ, удостоверяющий его личность. Содержание устного обращения заносится в журнал обращений граждан. В случае если изложенные в устном обращении факты и обстоятельства являются очевидными и не требуют дополнительной проверки, ответ на обращение с согласия гражданина может быть дан устно в ходе личного приема, о чем делается запись в журнале обращений граждан. В остальных случаях дается письменный ответ по существу поставленных в обращении вопросов.

4.3. Письменное обращение, принятое в ходе личного приема, подлежит регистрации и рассмотрению в порядке, установленном Федеральным законом.

4.4. В случае если в обращении содержатся вопросы, решение которых не входит в компетенцию должностного лица, гражданину дается разъяснение, куда и в каком порядке ему следует обратиться.

4.5. Гражданин в своем письменном обращении в обязательном порядке указывает либо наименование учреждения, в которое направляет письменное обращение, либо фамилию, имя, отчество соответствующего должностного лица, либо должность соответствующего лица, а также свои фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии), почтовый адрес, по которому должны быть направлены ответ, уведомление о переадресации обращения, излагает суть предложения, заявления или жалобы, ставит личную подпись и дату.

4.6. В случае необходимости в подтверждение своих доводов гражданин прилагает к письменному обращению документы и материалы либо их копии.

4.7. Письменное обращение, поступившее в Организацию, рассматривается в течение 10 дней со дня его регистрации в порядке, установленном Федеральным законом.

4.8. Ответ на письменное обращение, поступившее в Организацию, направляется по почтовому адресу, указанному в обращении.

5. Порядок получения информации о состоянии здоровья пациента

5.1. Информация о состоянии здоровья предоставляется пациенту в доступной, соответствующей требованиям медицинской этики и деонтологии форме лечащим врачом, или должностными лицами ООО «СИМФОНИЯ УЛЫБКИ». Она должна содержать сведения о результатах обследования, наличии заболевания, диагнозе и прогнозе, методах обследования и лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства и их последствиях, а также о результатах проведенного лечения и возможных осложнениях. Информация о состоянии здоровья пациента сообщается членам его семьи, если пациент не запретил сообщать им об этом или не назначил лицо, которому должна быть передана такая информация.

5.2. В отношении несовершеннолетних и лиц, признанных в установленном законом порядке недееспособными, информация о состоянии здоровья пациента предоставляется их законному представителю, а в отношении пациентов, по состоянию здоровья неспособных принять осознанное решение, - супругу (ге), а при его (ее) отсутствии - близким родственникам.

5.3. В случае отказа пациента от получения информации о состоянии своего здоровья делается соответствующая запись в медицинской документации.

5.4. Информация, содержащаяся в медицинской документации, составляет врачебную тайну и может предоставляться без согласия пациента только по основаниям, предусмотренным законодательными актами.

5.5. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 29 июня 2016 г. N 425н г. Москва "Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного

представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента" в ООО «СИМФОНИЯ УЛЫБКИ» устанавливается **Порядок ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента.**

5.5.1. Основаниями для ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией является поступление в медицинскую организацию от пациента либо его законного представителя письменного запроса о предоставлении медицинской документации для ознакомления (далее - письменный запрос).

5.5.2. Письменный запрос содержит следующие сведения:

- а) фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента;
- б) фамилия, имя и отчество (при наличии) законного представителя пациента;
- в) место жительства (пребывания) пациента;
- г) реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента;
- д) реквизиты документа, удостоверяющего личность законного представителя пациента (при наличии);
- е) реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента (при наличии);
- ж) период оказания пациенту медицинской помощи в медицинской организации, за который пациент либо его законный представитель желает ознакомиться с медицинской документацией;
- з) почтовый адрес для направления письменного ответа;
- и) номер контактного телефона (при наличии).

5.5.3. Рассмотрение письменных запросов осуществляется генеральным директором.

5.5.4. Ознакомление пациента либо его законного представителя с медицинской документацией осуществляется в помещении медицинской организации.

5.5.5. Перед передачей пациенту или его законному представителю для ознакомления **оригинала** медицинской документации **обеспечивается сохранение копии медицинской документации на бумажном носителе.**

До сведения пациента либо его законного представителя (при наличии) в устной форме доводится информация о необходимости аккуратного и бережного обращения с предоставленной для ознакомления медицинской документацией.

5.5.6. График работы помещения для ознакомления с медицинской документацией устанавливается директором.

5.5.7. При оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях пациент имеет право ознакомиться с записями, сделанными медицинским работником в медицинской документации во время приема.

5.5.8. В случае если врач не располагал возможностью немедленно оформить медицинскую документацию, пациент может ознакомиться с нею на следующий день. Максимальный срок ожидания пациентом либо его законным представителем для ознакомления с медицинской документацией не должен превышать 10 дней. (Федеральный закон от 2 мая 2006 года N 59-ФЗ "О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации").

6. Порядок выдачи справок, выписок из медицинской документации пациенту или другим лицам.

6.1. Порядок выдачи выписок из медицинской документации утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации.

6.2. Выписки из медицинской документации подготавливаются лечащим врачом, подписываются им и директором.

7. График работы ООО «СИМФОНΙΑ УЛЫБКИ».

7.1. График работы Организации и ее должностных лиц определяется правилами внутреннего трудового распорядка с учетом ограничений, установленных Трудовым кодексом Российской Федерации.

7.2. Режим работы Организации и ее должностных лиц определяет время начала и окончания рабочего дня (смены), а также рабочие и выходные дни, время обеденного и других перерывов, последовательность чередования работы по сменам, а также рабочее время должностных лиц.

7.3. Индивидуальные нормы нагрузки персонала (график работы) устанавливаются директором в соответствии с типовыми должностными инструкциями персонала организации здравоохранения. График и режим работы утверждаются директором.

7.4. Прием населения (пациентов и их родственников) директором или главным врачом осуществляется в установленные часы приема. Информацию о часах приема можно узнать на информационном стенде.

7.5. Регламент работы Организации утверждает директор.

8. Информация о перечне видов платных медицинских услуг и порядке их оказания

8.1. Оказание платных медицинских услуг (далее платные услуги) населению организуется с целью более полного удовлетворения спроса населения на медицинские услуги, свободного выбора специалистов потребителями.

8.2. Платные услуги населению предоставляются Организацией в виде профилактической, лечебно-диагностической, реабилитационной медицинской помощи.

8.3. Платные услуги населению осуществляются в рамках договоров с гражданами на оказание медицинских услуг.

8.4. Предоставление платных услуг населению осуществляется на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности.

8.7. Участникам и инвалидам Великой Отечественной войны, лицам, к ним приравненным предусмотрена скидка до 10% от стоимости услуги.

8.8. Платные услуги населению оказываются только **при наличии действующего сертификата специалиста на избранный вид деятельности.**

9. Основными задачами Организации являются:

9.1. Проведение мероприятий по профилактике заболеваний органов полости рта среди населения;

9.2. Организация и проведение мероприятий, направленных на раннее выявление заболеваний органов полости рта и челюстно-лицевой области и своевременное их лечение;

9.3. Оказание населению первичной амбулаторной медико-санитарной помощи, в том числе специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях;

9.4. Платные услуги предоставляются только при условии согласия пациента и заключении договора на оказание услуг..

9.5. Пациенты, пользующиеся платными услугами, вправе требовать предоставления услуг надлежащего качества, сведений о наличии лицензии и сертификатов специалистов, оказывающих платные услуги.

9.6. Отношения между Организацией и пациентом (законным представителем) в части, не регулируемой настоящими Правилами, регламентировано действующим законодательством РФ.

9.7. При оказании пациенту платных услуг в установленном порядке заполняется медицинская документация. При этом в амбулаторной карте дается информация о медицинском вмешательстве и обработке персональных данных, согласовывается план лечения, заключается договор с пациентом и дается информация и методах лечения заболевания. По окончании оказания услуги пациенту выдается эпикриз, акт выполненных работ и, в предусмотренных Положением о сроках гарантии и сроках службы ортопедических конструкция и пломб, случаях – гарантийный талон.

9.8. При оказании стоматологической помощи сотрудники Организации обязаны соблюдать права пациента на получение медицинской помощи и требования:

9.8.1. ст. 10 «Доступность и качество медицинской помощи» Основ законодательства РФ «Об основах охраны здоровья граждан» от 21 ноября 2011 года;

9.8.2. Гражданского кодекса РФ, Закона РФ от 07.02.1992 N 2300-1 (ред. от 05.05.2014 г.) "О защите прав потребителей";

9.8.3. Требования Постановления Правительства РФ от 04.10.2012 года № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

к Правилам внутреннего распорядка ООО «СИМФОНΙΑ УЛЫБКИ»

Информированное добровольное согласие на виды 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

Я, _____
 " " _____ года рождения, зарегистрированный(ая)
 (Ф.И.О. гражданина)

по адресу: _____
 (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды 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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082)

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, зондирование, термопроб, ЭОД.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
7. Рентгенологические методы обследования.
8. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно, в переходную складку.

Для получения первичной медико-санитарной помощи в ООО «СИМФОНΙΑ УЛЫБКИ»
 медицинским работником
 _____ в доступной для меня

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

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 выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 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).

 (подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

 (подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

" " _____ г.
 (дата оформления)

**Отказ от 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**

Я, _____ " " _____ года рождения

(Ф.И.О. гражданина)

зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в ООО «СИМФОНИЯ УЛЫБКИ» 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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - виды медицинских вмешательств):

_____ (наименование вида медицинского вмешательства)

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). 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 вид (такие виды) медицинского вмешательства.

_____ (подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

" " _____ г.

(дата оформления)

Приложение 3 к Правилам внутреннего распорядка ООО «СИМФОНИЯ УЛЫБКИ»

Предварительное информированное согласие на медицинское вмешательство и обработку персональных данных

В соответствии с Постановлением правительства РФ № 1006 от 4 октября 2012 г. «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», я, _____ получил(а) информацию о возможности оказания медицинской помощи с по платным услугам в ООО «СИМФОНИЯ УЛЫБКИ». Мною получена информация о возможности оказания стоматологической помощи бесплатно, по полису обязательного медицинского страхования, в рамках Территориальной программой ОМС в других медицинских организациях.

Я ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебном учреждении и обязуюсь их соблюдать. Я предупрежден(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Мне дана информация о возможности выбора врача и записи на прием в удобное для меня время.

Я обязуюсь поставить в известность врача об имеющихся у меня хронических заболеваниях, в том числе аллергических проявлениях и непереносимости лекарственных средств, травмах, операциях, принимаемых препаратов, алкоголя, наркотических и токсических средств, фактором физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня.

Я даю согласие на осмотр другими медицинскими работниками исключительно в медицинских, научных целях с учетом сохранения врачебной тайны.

В случае необходимости я разрешаю предоставить информацию о моем заболевании моим родственникам, законным представителям _____ (указать – кому)

Я даю добровольное согласие на диагностические исследования, медицинское вмешательство.

Я даю добровольное согласие на обработку моих персональных данных сотрудниками ООО «СИМФОНИЯ УЛЫБКИ» для ввода в базу данных о медицинских вмешательствах; сбор; систематизацию; накопление; хранение; уточнение (обновление, изменение); распечатку документов, регламентируемых требованиями приказов МЗ РФ, Постановлениями Правительства РФ.

Согласие вступает в силу с момента его подписания и действует до момента отзыва по решению суда или по решению самого физического лица.

Пациент _____

Фамилия, инициалы

_____ подпись

Уважаемый пациент!

Успешность стоматологического лечения может зависеть от наличия и степени развития общих заболеваний организма. Врачу-стоматологу очень важны сведения о состоянии Вашего здоровья. Они помогут правильно составить план лечения, обеспечить безопасность и эффективность проведения лечебных мероприятий, дать обоснованные гарантии на выполненную работу. Неправильная информация может повредить Вашему здоровью!

АНКЕТА О ЗДОРОВЬЕ ПАЦИЕНТА за 20____ год.

Отвечая на вопросы анкеты, необходимо **обвести** нужный вариант ответа «ДА» или «НЕТ» по каждому пункту. Сообщенные Вами данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам. Конфиденциальность гарантируется.

Последнее общемедицинское обследование _____ (месяц и год).

Заболевание сердца	ДА	НЕТ
Инфаркт миокарда	ДА	НЕТ
Наличие кардиостимулятора	ДА	НЕТ
Заболевания сосудов	ДА	НЕТ
Инсульт	ДА	НЕТ
Повышается артериальное давление	ДА	НЕТ
Понижается артериальное давление	ДА	НЕТ
Заболевания крови	ДА	НЕТ
Нарушение свертываемости крови	ДА	НЕТ
Заболевание печени	ДА	НЕТ
Заболевания почек	ДА	НЕТ
Сахарный диабет	ДА	НЕТ
Туберкулез	ДА	НЕТ
Заболевания щитовидной, парашитовидной и др. желез	ДА	НЕТ
Эпилепсия, другие заболевания центральной и периферической нервной системы	ДА	НЕТ
Заболевания легких	ДА	НЕТ
Бронхиальная астма	ДА	НЕТ
СПИД	ДА	НЕТ
Заболевания кожи	ДА	НЕТ
Нейродермит	ДА	НЕТ
Грибковые заболевания (были, есть)	ДА	НЕТ
Заболевания костной системы, суставов	ДА	НЕТ
Наличие постоянно или периодически принимаемых лекарственных препаратов	ДА	НЕТ
Проводилось ли лечение других заболеваний за прошедшие дни, недели, месяцы	ДА	НЕТ
Состою на учете в лечебном учреждении	ДА	НЕТ
Проводилось ли исследование на СПИД (если да, то когда?) _____ год	ДА	НЕТ
Инфекционные заболевания(гепатиты А,В,С и другое) _____ году	ДА	НЕТ
Инфекционные заболевания (за последний год)	ДА	НЕТ
Заболевания желудочно-кишечного тракта	ДА	НЕТ
Частые рвоты	ДА	НЕТ
Травмы	ДА	НЕТ
Сотрясение головного мозга	ДА	НЕТ
Операции	ДА	НЕТ
Заболевания глаз	ДА	НЕТ
Глаукома (повышение внутриглазного давления)	ДА	НЕТ
Заболевания ЛОР органов (уха, горла, носа)	ДА	НЕТ
Заболевание гайморовых пазух	ДА	НЕТ
Бывают длительные боли в горле или затрудненное глотание	ДА	НЕТ
Постоянно увеличены лимфатические узлы (железы)	ДА	НЕТ
Периодически появляются багровые или красные участки на коже, сыпь	ДА	НЕТ
Ночная потливость	ДА	НЕТ
Дисбактериоз кишечника, частые диареи (поносы)	ДА	НЕТ
Беспричинные головные боли	ДА	НЕТ
Отмечается потеря веса за последние 6 месяцев	ДА	НЕТ
Венерические заболевания	ДА	НЕТ
Онкология	ДА	НЕТ
Проводилось ли переливание крови	ДА	НЕТ
Проводились ли уколы (инъекции) за последние 6 месяцев	ДА	НЕТ
Проводилась лучевая терапия, химиотерапия за последние 10 лет	ДА	НЕТ
Другие заболевания (указать какие)	ДА	НЕТ

!!! Аллергический анамнез.

Аллергические реакции на (указать на что у Вас возникают аллергические реакции, в том числе и лекарственные препараты на которые возникает аллергия) _____

Бывает ли одышка, головокружение, потеря сознания и т.д. при введении анестетиков или других лекарственных препаратов ДА НЕТ

Для пациенток.

Беременны ли Вы	ДА	НЕТ
Являетесь ли Вы кормящей матерью	ДА	НЕТ
Имеются ли нарушения менструального цикла, климакс	ДА	НЕТ
Принимаете ли Вы противозачаточные препараты	ДА	НЕТ
Последнее посещение врача-гинеколога в _____ году.		

Стоматологический анамнез.

Последнее посещение врача-стоматолога _____ (месяц и год).

Наличие болей, щелканья в нижнечелюстном суставе	ДА	НЕТ
Бруксизм (скрежетание зубами)	ДА	НЕТ
Кровоточивость десен при чистке зубов	ДА	НЕТ
Появления герпеса («простуды») на губах _____ раз в год	ДА	НЕТ
Появление трещин губ, заед	ДА	НЕТ
Периодическое появление язвочек в полости рта	ДА	НЕТ
Периодическая сухость во рту	ДА	НЕТ
Постоянная сухость во рту	ДА	НЕТ
Чувствуется запах изо рта	ДА	НЕТ
Хотелось бы изменить цвет зубов	ДА	НЕТ
Хотелось бы изменить форму зубов	ДА	НЕТ
Сколько раз в сутки проводится гигиена полости рта		
Пользовался ранее протезами	ДА	НЕТ

Анамнез жизни

Родились, провели детство в (указать место рождения, место жительства в детстве)		
Проживаете в Ставрополе (указать с какого года)		
Выезжали ли из Ставрополя за последние 6 месяцев	ДА	НЕТ
Наличие хронических интоксикаций (курение, прием алкоголя, наркотических средств)	ДА	НЕТ
Наличие профессиональных вредностей (излучение, выс. давление, вибрация и другое)	ДА	НЕТ
Регулярно и достаточно ли Вы питаетесь	ДА	НЕТ
Имеются ли наследственные заболевания	ДА	НЕТ
Имеются ли нарушения режима и ритма жизни	ДА	НЕТ

Я достоверно ответил(а) на пункты анкеты. Дополнительно хочу сообщить о состоянии своего здоровья следующее: _____

1. Я понимаю, что сведения о состоянии здоровья надо периодически обновлять.
2. Мне известно, что результаты лечения(выполнения работ) зависят от состояния моего здоровья.
3. Я знаю, что в случае приема лекарственных препаратов перед посещением стоматолога. Мне надо сообщить об этом врачу.
4. Я информирован(а) о необходимости выполнения ортопантограммы перед стоматологическим лечением и по завершению плана лечения, а также о том, что при необходимости надо будет дополнительно сделать прицельные рентгеновские снимки зубов.

« _____ » _____ 20__ г. Подпись _____ / _____ (ФИО).

Разрешение на лечение законного представителя (недееспособного, ограниченно дееспособного и находящегося под опекой лица)

Я, _____, даю согласие на лечение _____ у врача-стоматолога и в интересах сохранения здоровья и качественного оказания медицинских услуг проводить все необходимые медицинские услуги и манипуляции, в том числе анестезию и рентгенологическую диагностику.

« _____ » _____ 20__ г. Подпись _____ / _____ (ФИО).

Эпикриз

Пациент(ка) _____ пролечен(а) в ООО «СИМФОНИЯ УЛЫБКИ» по поводу кариозной болезни (компенсированная, субкомпенсированная, декомпенсированная), осложненного кариеса, заболеваний тканей пародонта и СОПР (нужное подчеркнуть). После проведенного лечения состояние органов полости рта вполне удовлетворительное, жевательная эффективность восстановлена. Даны рекомендации по соблюдению гигиены полости рта, сбалансированному питанию.

Рекомендовано:

1. Альфадол кальция по 1 капсуле 1 раз в сутки вечером или кальций Д-3 - никомед по 2 табл. 1 раз в сутки.
2. Дуовит: красная таблетка до 12 часов, синяя – после 17 часов.
3. Кламин по 1 табл. в сутки за 15 минут до еды в течение 1 месяца или морская капуста 2 чайные ложки в день.
4. Аппликации с зубной пастой «Новый Жемчуг фтор» -10 дней, «Новый Жемчуг кальций» -10 дней. Или чистка зубов фторсодержащими зубными гелями: «Флюодент», «Флюоокаль», «Elmex», «Blend-a-med», "Colgate" "Signal* -10 дней завершив курс кальций-фосфатсодержащими пастами "Ремодент", «Жемчуг», «Арбат» - 20 дней. Процедуру повторить.
5. Ополаскивание эликсирами: «Oral-B» очень интенсивно, 1 раз в день, в течение 30 – 60 секунд, пропуская раствор между зубами не принимать пищу в течении 30 – 60 минут после полоскания или эликсиром «Специальный».

Рекомендовано посещение врача ежегодно с кратностью _____ раз в год.

Врач _____

Эпикриз

Пациент(ка) _____ пролечен(а) в ООО «СИМФОНИЯ УЛЫБКИ» по поводу /полной/ частичной потери зубов (нужное подчеркнуть). После проведенного лечения состояние органов полости рта вполне удовлетворительное, жевательная эффективность восстановлена. Даны рекомендации по соблюдению гигиены полости рта, сбалансированному питанию.

Рекомендовано посещение врача ежегодно с кратностью _____ раз в год.

Врач _____

Эпикриз

Пациент _____ проведено лечение в ООО «СИМФОНΙΑ УЛЫБКИ»

(вид лечения)

по поводу _____

(диагноз)

После проведенного лечения состояние пациента вполне удовлетворительное, стабилизированное _____ (указать),

согласованные с пациентом задачи выполнены. Даны рекомендации _____

(указать какие)

Рекомендовано посещение врача _____ с кратностью _____ раз в год.

Врач _____

Ф.И.О.

подпись

Эпикриз

Пациент _____ проведено лечение в ООО «СИМФОНΙΑ УЛЫБКИ»

(вид лечения)

по поводу _____

(диагноз)

В результате ортопедического лечения дефекта твердых тканей _____ зуб _____ восстановлена анатомическая форма, эстетика, целостность зубного ряда верхней/нижней челюсти, жевательная эффективность в полном объеме (нужное подчеркнуть).

После проведенного лечения состояние пациента вполне удовлетворительное, стабилизированное _____ (указать),

согласованные с пациентом задачи выполнены.

Даны необходимые рекомендации по уходу за полостью рта и ортопедической конструкцией.

В диспансерном наблюдении нуждается/не нуждается. Рекомендовано посещение врача _____ с кратностью _____ раз в год с профилактической целью.

Врач _____

Ф.И.О.

подпись

у.лет.