

2. Порядок обращения пациентов в ООО «ЛИДЕР - ДЕНТ»:

- 2.1. Медицинские услуги в ООО «ЛИДЕР - ДЕНТ» 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 утверждаются 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 «Лидер-Дент» 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. № 323-03 (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 «ЛИДЕР - ДЕНТ», 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 отказа от него в соответствии с требованиями **Приказа МЗ М 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, №2, №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 N2 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 багилах, 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 «Лидер-Дент»

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 «ЛИДЕР - ДЕНТ» 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 «ЛИДЕР - ДЕНТ». 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 «ЛИДЕР - ДЕНТ» 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 Генеральным 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 № 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 «Лидер-Дент».

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 Генеральным 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 10⁰/6 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 «ЛИДЕР - ДЕНТ»

Информированное добровольное согласие на первичный прием, консультацию, осмотр и дополнительные методы обследования.

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства, в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ « Об основах здоровья граждан в Российской Федерации», и Приказом Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. № 390н является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Я, _____, добровольно обращаюсь за медицинской помощью в ООО «Лидер-Дент», предоставляю полную имеющуюся на сегодняшний день информацию о состоянии моего здоровья и соглашаюсь на проведение осмотра, опроса, сбора анамнеза и жалоб, а так же манипуляций и исследований, включая антропометрические, термометрические, тонометрические, функциональные, аускультативные и рентгенологические, а так же выполнять оттиски, клинические фотографии, диагностические модели и другие диагностические мероприятия для получения максимально полной картины состояния органов и систем моего организма, для составления максимально точного предварительного плана моего лечения, для возможности врача согласовать этот план со мной.

Я подтверждаю, что в ОПРОСНОМ ЛИСТЕ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ назвал (а) все известные имеющиеся у меня (моего подопечного) болезни, недуги и состояния. Я подтверждаю, что добросовестно ответил (а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего (моего подопечного) здоровья.

Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ЛИЧНО ПРОЧИТАЛ ДОКУМЕНТ И СОЗНАТЕЛЬНО ДАЮ СОГЛАСИЕ НА ВЫШЕОГОВОРЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ, И, ЧТО ВСЕ СВЯЗАННЫЕ С НИМ ОБЪЯСНЕНИЯ БЫЛИ СДЕЛАНЫ, А ТАКЖЕ РАЗЪЯСНЕНО ЗНАЧЕНИЕ ВСЕХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ, УПОМИНАВШИХСЯ В ДАННОМ ДОКУМЕНТЕ.

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

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

(дата оформления)

Приложение 2 к Правилам внутреннего распорядка ООО «ЛИДЕР - ДЕНТ»

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 «ЛИДЕР - ДЕНТ» 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. ГМ 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. ГМ 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)

_____ (дата оформления)

Приложение 3 к Правилам внутреннего распорядка ООО «ЛИДЕР - ДЕНТ»

Предварительное информированное согласие на медицинское вмешательство и работе с персональными данными

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 «ЛИДЕР - ДЕНТ». 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 «ЛИДЕР - ДЕНТ» 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)

Приложение 4 к Правилам внутреннего распорядка ООО «ЛИДЕР - ДЕНТ»

Анкета пациента

Уважаемый пациент, Вам предлагается заполнить данную анкету с целью лучшего понимания врачом состояния Вашего здоровья. Врач дополнительно сможет задать Вам вопросы по каждому пункту анкеты. Пожалуйста, постарайтесь ответить на каждый вопрос. 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! Сообщенные Вами данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам. Конфиденциальность гарантируется.

Настоящее обращение к стоматологу:	
а	с целью санации (лечение всех зубов)
б	с острой болью.
в	по обращаемости (лечение 1 зуба)
Ваше обычное эмоциональное восприятие стоматологического лечения:	
а	приятное
б	безразличное
в	немного тревожное
г	неприятное (страх перед лечением и постоянное ожидание боли).
Кратность посещения стоматолога:	
а	нерегулярно
б	регулярно (укажите, как часто)
Была ли санация в последнее посещение стоматолога (вылечили все зубы)?	
а	Да
б	Нет.

Проводили ли вы ранее профгигиену	
а	да
б	нет
Сколько времени прошло с последней профгигиены	
Сколько раз в год врач ранее рекомендовал проводить профгигиену?	
Пользуетесь ли вы ирригатором?	
а	да
б	нет
На момент обращения в медицинскую организацию признаки наличия у меня ОРВИ и COVID-2019 (высокая температура тела, головная боль, слабость, кашель, затрудненное дыхание, боли в мышцах, тошнота, рвота, диарея) подчеркнуть имеющиеся	
Болели ли вы COVID-2019 (указать дату)	
а	да
б	нет
Температура тела	

Имеются ли у Вас следующие заболевания?

1	Аллергические реакции:	да	нет
2	Аллергологический анамнез: Аллергические реакции на (указать на что у Вас возникают аллергические реакции, в том числе и лекарственные препараты на которые возникает аллергия) При отсутствии аллергических реакций написать самостоятельно: «Я отрицаю наличие аллергических реакций на лекарственные препараты, металл, пластмассу»	да	нет
3	Бывает ли отдышка, головокружение, потеря сознания при введении анестетиков или других препаратов:	да	нет
4	Заболевания сердца:	да	нет
5	Сахарный диабет:	да	нет
6	Заболевания почек:	да	нет
7	Туберкулез:	да	нет
8	Венерические заболевания:	да	нет
9	Гепатиты (указать форму, в каком году)	да	нет
10	Онкология	да	нет
11	Другие (указать)	да	нет

Принимаете ли лекарственные препараты на данный момент (указать каких): _____

Дополнительно для женщин:

1	Беременны ли Вы?	да	нет
2	Являетесь ли Вы кормящей матерью?	да	нет

Стоматологический анамнез

Последнее посещение врача – стоматолога _____ (месяц, год)

1	Наличие болей, шелканья в нижнечелюстном суставе	да	нет
2	Бруксизм (скрежетание зубами)	да	нет
3	Кровоточивость десен при чистке зубов	да	нет
4	Проявления герпеса на губах _____ раз в год	да	нет
5	Появление трещин губ, заед	да	нет
6	Периодическая сухость во рту	да	нет
7	Постоянная сухость во рту	да	нет
8	Чувствуется запах изо рта	да	нет
9	Хотелось бы изменить цвет зубов	да	нет
10	Хотелось бы изменить форму зубов	да	нет
11	Сколько раз в сутки проводится гигиена полости рта	да	нет
12	Пользовался ранее протезами	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. / _____ / (ФИО)

подпись пациента

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. / _____ / (ФИО)

подпись