

Согласие пациента на обработку персональных данных

Российская Федерация, 162612, Вологодская область, г.Череповец, ул.Командарма Белова 36

_____ (фамилия, имя, отчество - полностью)
_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____
Паспорт : Серия _____ № _____ выдан _____ к.п. _____ от
" ____ " _____ г

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО "Стомо" (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС, ДМС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договору ДМС. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе по договору ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями и с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной " ____ " _____ 20 ____ и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись и расшифровка подписи субъекта персональных данных: _____ " ____ " _____ 20 ____

Тест по выявлению мышечно- суставной дисфункции при первичном обследовании пациента.

№№	Критерии	Оценка
1	Ограничение открывания рта 38 мм + 5 мм. Гипермобильность связок 50 мм и более	
2	Траектория открывания рта - без отклонений - с отклонениями - S -образное - дивирация (с возвращением) -дефлексия (без возвращения)	
3	Наличие шумов в ВНЧС (хруст, щелчки)	
4	Наличие болей -в мышцах лица, шеи -головные боли - в околоушной области	
5	Ограничение движений нч.в эксцентрических окклюзиях (11-7мм)	
6	Повышенное стирание твердых тканей зубов (клиновидные дефекты, фасетки стирания, сколы пломб, трещины эмали, сколы керамики...)	
ИТОГ	+ функционально здоров ++ группа риска (вероятность выявления дисфункции меньше 40% +++ и более дисфункция (вероятность выявления дисфункции 100%	

Уведомление пациента

о возможных негативных проявлениях во время и после любого стоматологического вмешательства, о факторах риска, в том числе суогенных, снижающих качество услуги, увеличивающих срок предоставления услуг, ухудшающих прогноз лечения, увеличивающих вероятность или провоцирующих возникновение осложнений, усугубляющих тяжесть течения заболевания.

I. Возможные негативные проявления.

Ввиду ограниченного размера поля приложения при стоматологических манипуляциях - полости рта, повышенных нагрузок на органы ЧЛО (челюстно-лицевой области), индивидуальности анатомического строения ЧЛО, обильной иннервации, лимфо- и кровоснабжения ЧЛО, повышенных предрасполагающих факторов к бактериальному обсеменению органов полости рта, возможны негативные проявления. Наиболее часто встречающиеся из них:

- натяжение уголков рта, с последующим их растрескиванием
- появление ссадин, трещинок, гематом, кровотечения, следов от коагуляции(прижигании);отек мягких тканей
- на стороне проведения анестезии - слезотечение, двигательные нарушения верхнего века, проходящие по окончании действия анестетика; ограничение открывания рта вследствие контрактуры мышц в течение нескольких дней
- очень часто -провоцирование герпетических высыпаний
- появление или проявление дисфункции ВНЧС (растяжение связок сустава, щелчки, боли, снижение слуха, вывих, подвывих сустава, головокружение...)
- частое выпадение, сколы пломб, керамики. Развитие рецидивирующего кариеса.
- длительная реабилитация при ортопедическом лечении съёмными протезами. Иногда невозможность привыкнуть к съёмным протезам
- периимплантит- патологический воспалительный процесс в зоне установки имплантата
- перфорация дна гайморовой пазухи.

II. Факторы риска возникновения негативных проявлений.

1. Местные:

- индивидуальные особенности анатомического строения ЧЛО пациента (микростомия, ограниченное открывание рта (менее 4 см), патология прикуса...)
- манипуляции, требующие широко открыть рот - лечение, удаление жевательной группы зубов, снятие оттиска и др.
- необходимость длительное время держать рот открытым (реставрация зубов, обточка зубов, аксиография, проведение любых хирургических и пародонтологических манипуляций...)
- агрессивная микрофлора полости рта, сниженные очищающие свойства слюны, низкая устойчивость эмали к кариесу.

2. Соматические

- наличие у пациента мышечно -суставной дисфункции и болезней ВНЧС
- наличие у пациента сахарного диабета, гипертонии, заболеваний ССС, ЖКТ, почек, сниженного иммунитета, нарушения обмена веществ....
- бруксизм, брукс-поведение
- хроническая усталость и стресс, эмоциональные перегрузки
- поведенческие особенности при психических заболеваниях

3. Суогенные

- вредные привычки (курение, злоупотребление алкоголем, шипучими, газированными напитками, энергетиками, употребление наркотических средств...)
- невыполнение рекомендаций врача (до, во время, после лечения)
- невыполнение назначенного врачом лечения , в т.ч. даты и времени визита, отказ от лечения
- нерегулярная или неадекватная гигиена полости рта
- поведенческие особенности, несвязанные с психическими заболеваниями...

Примечание:

- оформляется в одном экземпляре (пациенту на руки не отдается);
- подписывается взрослым за себя, а так же за ребенка до 15 лет.

Подпись пациента _____ (_____) " _____ " _____ 20__ г.