

Главный врач ГБУЗ СО «ТСП № 1»

А.А.Трунин

П РА В И Л А

оказания платных медицинских услуг

в государственном бюджетном учреждении здравоохранения

Самарской области «Тольяттинская стоматологическая поликлиника № 1»

1. Платные медицинские услуги оказываются на основании приказа Министерства здравоохранения Самарской области «Об оказании платных медицинских услуг населению государственными учреждениями здравоохранения Самарской области (стоматологическими поликлиниками)» при наличии лицензии № ЛО-63-01-005583, выданной 17.07.2020г. Министерством здравоохранения Самарской области.

2. Платные медицинские услуги оказываются на договорной основе и являются дополнительными к гарантированному объему бесплатной медицинской помощи, предусмотренной Территориальной программой государственных гарантий оказания населению Самарской области бесплатной медицинской помощи.

3. Платные медицинские услуги оказываются по желанию и с согласия пациента с оформлением бланка «Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства», которое вносится в амбулаторную карту или оформляется в виде отдельного документа

4. Каждый пациент получает на руки один экземпляр индивидуального договора на оказание платных медицинских услуг и кассовый чек (или бланк строгой отчетности) об оплате услуги, наряд-заказ.

5. Оплата медицинской услуги производится только в кассу ГБУЗ СО «ТСП № 1» с выдачей кассового чека или бланка, являющегося документом строгой отчетности.

6. После оплаты платной медицинской услуги через кассу пациент может получить справку установленной формы для представления в налоговые органы.

7. ГБУЗ СО «ТСП № 1» гарантирует качество оказания платных медицинских услуг.

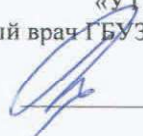
8. Платные медицинские услуги оказываются квалифицированными специалистами.

9. График работы кабинетов, сведения о врачах, информация о ценах на платные услуги, лицензия, образцы договоров, наряд-заказов, размещены на информационных стендах.

10. По всем возникшим вопросам пациент может обратиться к заведующим отделениями, заместителю главного врача по медицинской части или главному врачу.

УВАЖАЕМЫЕ ПАЦИЕНТЫ!

При отсутствии индивидуального договора, кассового чека об оплате платной услуги гарантия на оказанные медицинские услуги не предоставляется.

«УТВЕРЖДАЮ»
Главный врач ГБУЗ СО «ТСП № 1»

А.А.Трунин

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Самарской области
«Тольяттинская стоматологическая поликлиника № 1»*

**ФОРМУЛЯР СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТА
НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКУЮ ИМПЛАНТАЦИЮ**

Пациент/Ф.И.О./ _____

Консультирующий врач _____

Предполагаемое лечение:

Тип имплантации _____

Я осведомлен о том, что выше назначенное лечебное мероприятие должно производиться под местной анестезией. Я информирован также о способе, цели и характере предполагаемого хирургического вмешательства, а также об основных преимуществах, недостатках и риске зубной имплантации. При этом мне известны другие способы возможного лечения без применения зубных имплантатов. Мне известно, что, по обстоятельствам, только во время оперативного вмешательства может выявиться необходимость в расширении, изменении или отказе от запланированного лечебного мероприятия. Особые проблемы, имеющиеся у меня, особо оговорены, в частности

В дальнейшем, после зубной имплантации, особо будут оговорены вид, время и стоимость последующего ортопедического лечения (зубопротезного).

Расчет на планируемое лечение и возникшие в процессе данного мероприятия издержки будут произведены путем оплаты, произведенной больным /предприятием, фирмой, страховой компанией/ - нужное подчеркнуть. Я осведомлен об ожидаемых расходах.

Все мои вопросы были удовлетворены. Мне известно, что до операции я могу отменить данное мною согласие на проведение зубной имплантации.

Мне понятно предусмотренное лечебное мероприятие и метод лечения, а также согласен с необходимыми расширениями и изменениями в процессе операции.

Я подтверждаю, что в «Карте опроса больного перед зубной имплантацией» назвал все известные мне болезни и недуги.

О требуемом поведении перед операцией и после нее я осведомлен, в особенности о том, что в день операции возникает ограничение в управлении транспортным средством. После операции необходима щадящая мягкая диета. Для успеха имплантации необходимы регулярные явки на контрольные осмотры и тщательная гигиена полости рта (уход с помощью зубной щетки и других средств гигиены за зубами, зубными имплантатами и фиксированными на них зубными протезами).

Дата « ____ » _____ г.

Подпись пациента _____

Подпись врача, удостоверяющего подпись пациента _____

«УТВЕРЖДАЮ»
Главный врач ГБУЗ СО «ТСП № 1»

 А.А.Трунин

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Самарской области
«Гольяттинская стоматологическая поликлиника № 1»

**Карта опроса пациента
перед стоматологической имплантацией
(анамнез заболевания)**

Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____

Год рождения _____ Домашний адрес _____

1. Имеются ли у Вас какие-либо общие заболевания? _____ /да, нет/
Если да, то какие _____
2. Принимаете ли Вы постоянно лекарственные препараты _____ /да, нет/
Если да, то какие _____
3. Наблюдается ли у Вас склонность к кровотечениям или кровоизлияниям
/синяки/, в том числе при удалении зуба? _____ /да, нет/
4. Проводились ли у Вас костные операции с применением металлических
штитов, спиц, пластинок и т.п.? _____ /да, нет/
Если да, то какие _____
5. Какое у Вас кровяное давление? _____
6. Беременны ли Вы? _____ /да, нет/
7. Хорошо ли Вы переносите обезболивание при удалении зубов? _____ /да, нет/
Если нет, то какие были осложнения _____
8. Имеется ли у Вас кровоточивость десен при чистке зубов? _____ /да, нет/
9. Бывают ли у Вас высыпания на слизистой оболочке полости рта _____ /да, нет/
10. Причины потери Ваших зубов /травма, разрушение вследствие кариеса,
подвижность зубов при пародонте, воспалительный процесс/ (подчеркнуть).
11. Имеются ли у Вас какие-нибудь заболевания /сердце, печень, почки,
щитовидная железа/.
12. Принимаете ли Вы таблетированные контрацептивы _____ /да, нет/
13. Имеете ли Вы Заболевания придаточных пазух носа? _____ /да, нет/
14. Чтобы Вы хотели добавить по поводу состояния Вашего здоровья, и как Вы
его оцениваете? (хорошее, плохое).

Дата» «__» _____ г.

Подпись пациента _____

«УТВЕРЖДАЮ»
Главный врач ГБУЗ СО «ТСП № 1»

При отсутствии индивидуального договора, кассового чека об оплате платной услуги гарантия на оказанные медицинские услуги не предоставляется.