

## Регистрационный лист

Дата \_\_\_\_\_

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_  
Город, улица, номер дома, квартира.

сот. телефон дом. телефон раб. телефон E-mail

Дата рождения \_\_\_\_\_ Место работы \_\_\_\_\_

**В следующих вопросах впишите Да или Нет (то, что подходит). Ваши ответы необходимы только для ваших записей и будут считаться конфиденциальными.**

1. Мой последний осмотр у стоматолога был \_\_\_\_\_

2. Были ли у Вас какие-либо серьезные заболевания, травмы или операции?.....  
Если да, то, какие? \_\_\_\_\_

3. Страдали ли Вы когда-либо алкоголизмом или лекарственной зависимостью?.....

4. Были ли у Вас раньше или имеются ли сейчас перечисленные ниже заболевания:

а) Заболевания щитовидной, паращитовидной и др. желез.....

б) Ревматизм или ревматическое заболевание сердца.....

в) Врожденные пороки сердца.....

г) Инфаркт миокарда.....

д) Инсульт.....

е) Артериальное давление (повышенное, пониженное).....

ж) Наличие аллергии.....

Если да, то на что \_\_\_\_\_

з) Заболевания придаточных пазух носа.....

и) Сахарный диабет.....

к) Гепатит (желтуха) или заболевание печени.....

л) Эпилепсия (др. заболевания нервной системы).....

м) Заболевания желудочно-кишечного тракта.....

н) Заболевания легких, бронхиальная астма.....

о) Онкология.....

п) Табакокурение.....

р) Венерические заболевания.....

с) СПИД.....

5. Были ли у Вас раньше длительные кровотечения после удаления зубов.....

6. Принимаете ли Вы какие-либо лекарства?.....

Если да, то какие \_\_\_\_\_

7. Были ли у Вас раньше какие-либо проблемы, связанные со стомат. лечением.....

Если да, то какие \_\_\_\_\_

### Для женщин

8. Не беременны ли Вы?.....

9. Не кормите ли грудью?.....

\_\_\_\_\_   
подпись пациента

### Условия оказания стоматологической помощи

- врач составляет план лечения пациента, знакомит его с этим планом;
- в случае несогласия пациента с предложенным планом лечения по просьбе пациента этот план может быть изменен под ответственность пациента;
- в процессе лечения возможны изменения диагноза и объема работы, что влечет за собой изменение плана лечения, сроков лечения и его стоимости;
- в течении срока действия гарантии при возникновении осложнений, влекущих за собой проведение дополнительных манипуляций, разницу в стоимости оплачивает пациент.

### Гарантия аннулируется, и врач не несет ответственности за проведенное лечение в случае:

- проведение работ без гарантии по требованию пациента
- несоблюдение пациентом правил гигиены полости рта
- неявки пациента на прием к врачу-стоматологу через каждые 6 месяцев после даты окончания лечения и в течение срока действия гарантии, что отражается в медицинской карте пациента
- повреждения пломбы или зубного протеза путем непосредственного воздействия физических или химических факторов
- при генерализованном пародонтите II и III степени тяжести

Информацию о моем диагнозе, проводимых мне методах лечения и диагностики медицинские работники могут сообщать следующим лицам:

Ф.И.О. \_\_\_\_\_ степень родства \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Подпись пациента \_\_\_\_\_

### СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_, в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие ООО «ЦЕНТР СТОМАТОЛОГИИ ОСЕНКОВ» на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных.

Мне известно, что под обработкой моих персональных данных подразумевается совершение действий, предусмотренных пунктом 3 части 1 статьи 3 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», со сведениями о фактах, событиях и обстоятельствах моей жизни, которые я предоставил ООО «ЦЕНТР СТОМАТОЛОГИИ ОСЕНКОВ».

Мне разъяснено, что я имею право отозвать настоящее согласие в любой момент, сообщив об этом директору ООО «ЦЕНТР СТОМАТОЛОГИИ ОСЕНКОВ» в письменной форме.

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_