

Володина

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 «КЛИНИКА ДОБРОГО СТОМАТОЛОГА» (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 современной медицинской помощи надлежащего объема и качества по согласованному плану лечения с регистрацией и 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 «КЛИНИКА ДОБРОГО СТОМАТОЛОГА»;
 - права и обязанности пациента;
 - порядок разрешения конфликтных ситуаций между ООО «КЛИНИКА ДОБРОГО СТОМАТОЛОГА» 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;

к Правилам внутреннего распорядка ООО «КЛИНИКА ДОБРОГО СТОМАТОЛОГА»

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
Заболевание сосудов	ДА	НЕТ
Инсульт	ДА	НЕТ
Повышается артериальное давление	ДА	НЕТ
Понижается артериальное давление	ДА	НЕТ
Заболевание крови	ДА	НЕТ
Нарушение свертываемости крови	ДА	НЕТ
Заболевание печени	ДА	НЕТ
Заболевание почек	ДА	НЕТ
Сахарный диабет	ДА	НЕТ
Туберкулез	ДА	НЕТ
Заболевание щитовидной, паращитовидной 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
Сотрясения 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