**АНКЕТА**

**для пациентов, пользующихся стоматологическими услугами по полису ОМС**

***Пожалуйста, заполните и направьте анкету по эл.почте to74@fas.gov.ru***

Управление Федеральной антимонопольной службы по Челябинской области проводит проверку по факту необоснованного взимания платы медицинскими учреждениями за проведение местной анестезии лекарственными препаратами «артикаин», «артикаин+эпинефрин» (торговые наименования «ультракаин», «убестезин», «альфакаин», «септанест» и т.п.) при оказании стоматологической помощи по полису ОМС. В целях сбора доказательств взимания платы указанную услугу Челябинское УФАС России проводит опрос пациентов, пользующихся стоматологическими услугами по полису ОМС.

**Данные о потребителе:**

Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Пользовались ли Вы в 2016 – 2018 годах стоматологическими услугами в медицинских учреждениях по полису ОМС:

☐ да

☐ нет

1. Укажите полное наименование медицинского учреждения, в котором Вам оказывалась стоматологическая помощь в 2016 – 2018 годах по полису ОМС:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (указать наименование медицинского учреждения, местонахождение (город)

1. При оказании стоматологической помощи по полису ОМС взимало ли с Вас медицинское учреждение в 2016 – 2018 годах плату за оказание местной анестезии с применением одного из перечисленных лекарственных препаратов: «артикаин», «артикаин+эпинефрин» (торговые наименования «ультракаин», «убестезин», «альфакаин», «септанест» и т.п.):

☐ да

☐ нет

1. Укажите стоимость услуги местной анестезии с применением лекарственного препарата «артикаин», «артикаин+эпинефрин» (торговые наименования «ультракаин», «убестезин», «альфакаин», «септанест» и т.п.), взимаемой с Вас медицинским учреждением в 2016 – 2018 годах при оказании Вам стоматологической помощи по полису ОМС.

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

 (указать стоимость услуги местной анестезии)

1. Укажите причины оказания медицинским учреждением местной анестезии с применением одного из перечисленных лекарственных препаратов «артикаин», «артикаин+эпинефрин» (торговые наименования «ультракаин», «убестезин», «альфакаин», «септанест» и т.п.) на платной основе при проведении стоматологической помощи по полису ОМС в 2016 – 2018 годах:

☐ непереносимость лекарственного препарата «лидокаин»

☐ иные противопоказания (указать какие) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐ желание использовать более современный и надежный анестетик

☐ иные причины (указать какие) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Информировал ли Вас медицинский работник в письменной форме о том, что услуга местной анестезии с применением лекарственного препарата «артикаин», «артикаин+эпинефрин» (торговые наименования «ультракаин», «убестезин», «альфакаин», «септанест» и т.п.) будет оказана на платной основе при оказании стоматологической помощи по полису ОМС в 2016 – 2018 годах:

☐ да

☐ нет

1. Любая информация, которую Вы готовы сообщить, касающаяся анестезии, проводимой при лечении зубов в рамках ОМС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**ВНИМАНИЕ!** В целях сбора доказательств просим Вас оказать содействие и представить следующие документы при их наличии путем электронной почты:

– **копию записи из медицинской карточки** об информировании Вас медицинским работником о том, что услуга местной анестезии с применением лекарственного препарата «артикаин», «артикаин+эпинефрин» (торговые наименования «ультракаин», «убестезин», «альфакаин», «септанест» и т.п.) будет оказана на платной основе при оказании стоматологической помощи по полису ОМС,

– **копию договора** на оказание услуги местной анестезии на платной основе;

– **чек**, **квитанцию**, подтверждающие факт оплаты.

Убедительно просим Вас представить указанные документы, т.к. они являются важными и необходимыми при доказывании нарушения.