

До заключения договора Исполнитель в доступной форме уведомляет Потребителя (Пациента) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя, а также уведомляет Потребителя (Пациента) о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Договор на оказание платных медицинских услуг № _____

г. Москва

« ____ » _____ 20 ____ г.

Пациент (Потребитель)

(ф.и.о. физического лица)

« ____ » _____ года рождения, документ серия _____ № _____ Выдан « ____ » _____ г, зарегистрирован _____

Заказчик _____ документ серия _____ № _____ Выдан « ____ » _____ г, зарегистрирован _____ тел. _____

и ООО «Виэстетик», ОГРН № 1237700598156 от 11.09.2023 г. ИНН 7751266536 в лице генерального директора Алиевой Натальи Вячеславовны, действующего на основании Устава и лицензии № Л041-01137-77/01164564 выдана Департаментом здравоохранения города Москвы тел. 8(499) 251-83-00 25 апреля 2024 г. на осуществление медицинской деятельности при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, сестринскому делу, стоматологии, стоматологии ортопедической, стоматологии профилактической, при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по анестезиологии и реаниматологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, ортодонтии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии терапевтической, стоматологии ортопедической, стоматологии хирургической, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», далее совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем.

Предмет договора

1.1 Исполнитель обязуется по желанию и с согласия Заказчика и при наличии у Пациента медицинских показаний оказать пациенту платные медицинские услуги по диагностике, профилактике, лечению имеющегося заболевания(-ний), реабилитации, консультированию, а также иные услуги (далее - услуги), направленные на достижение цели Договора, а Заказчик – оплатить оказанные услуги по прайсу Исполнителя в соответствии с условиями настоящего Договора.

1.2 Настоящий договор обеспечивает реализацию прав Пациента на получение платных медицинских услуг в ООО «Виэстетик» в соответствии с ПП РФ от 11.05.2023 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг" и ФЗ N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

2. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг

2.1 Основанием для предоставления платных медицинских услуг является добровольное желание Заказчика получить медицинские услуги за плату и наличие медицинских показаний у Пациента для оказания медицинских услуг.

2.2. Лечащий врач Исполнителя, назначаемый по выбору Заказчика, в соответствии с медицинскими необходимостью и возможностями, после предварительного собеседования и осмотра Пациента, устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты диагностики и лечения, последствия лечения и предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения, информирует об этом Заказчика и получает его Информированное добровольное согласие, вместе с Заказчиком составляет Предварительный план лечения, после чего проводит комплекс диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, в соответствии с Предварительным планом лечения.

2.3 Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и заканчивается выполнением сторонами обязательств по договору или после расторжения любой из Сторон в соответствии с условиями Договора или законами РФ.

2.4. Срок оказания Услуг является приблизительным и зависит от состояния здоровья Пациента, периода, необходимого для качественного и безопасного оказания услуг, графика визитов Пациента, расписания работы врача и указывается в приложениях к Договору - Предварительном плане (планах) лечения.

2.5. Перечень оказываемых медицинских услуг указывается в Предварительном плане лечения, являющимся приложением к настоящему Договору, который по желанию одной из сторон составляется письменно и который может изменяться по согласованию сторон и по медицинским показаниям.

2.6. Услуги по данному договору могут быть оказаны без составления письменного предварительного финансового плана лечения (сметы), по объему и по стоимости согласованы между Исполнителем и Пациентом устно. Факт оказания Пациенту платных медицинских услуг означает его полное информирование с перечнем и стоимостью услуг и согласие с ними.

2.7 Прием специалистов клиники осуществляется по предварительной записи через администраторов лично или по телефону 84956452595. Сроки ожидания предоставления платных услуг зависят от ее вида, количества специалистов, загруженности записи.

3. Права и обязанности сторон

3.1 Исполнитель обязан:

3.1.1. Провести лечение в соответствии с медицинскими показаниями Пациента.

3.1.2. Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

3.1.3. Ознакомить Заказчика с подробной информацией о предоставляемых медицинских услугах, планом и стоимостью лечения. При изменении плана и стоимости лечения проинформировать Заказчика и предоставить дополнительные услуги с его согласия или расторгнуть договор при несогласии Заказчика с рекомендациями врача, несоблюдение которых может повлечь негативные последствия для здоровья пациента.

3.2 Заказчик обязан:

3.2.1. Соблюдать выполнение Пациентом требований, обеспечивающих качественное предоставление медицинских услуг, в том числе: выполнять устные и указанные в Памятке пациента рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения о своем состоянии здоровья; соблюдать график визитов для диагностики, лечения и плановых осмотров.

3.2.2. Подписывать Информированное согласие на оказание медицинских услуг, предварительный план лечения, Акт приемки-сдачи оказанных услуг и иные Приложения к настоящему договору.

3.2.3. Обеспечить явку Пациента на прием к врачу за 10 мин. до назначенного времени.

3.2.4. Во время действия настоящего Договора рекомендовано согласовать прием препаратов, назначенных специалистами других лечебных учреждений с лечащим врачом клиники ВиДентис и не получать стоматологических услуг в других клиниках без предварительного уведомления Исполнителя (за исключением мед.помощи при угрожающих жизни состояниях).

3.2.5. В случае изменения состояния здоровья, связанного, с точки зрения Заказчика, с проведенными Исполнителем медицинскими манипуляциями, немедленно сообщить об этом лечащему врачу или администратору Исполнителя, и, в случае необходимости, прибыть на консультацию и лечение к Исполнителю.

3.2.6. При отказе от продолжения лечения у Исполнителя, Заказчик обязан письменно уведомить об этом и расторгнуть Договор, предварительно оплатив оказанные услуги и все фактически понесенные Исполнителем затраты.

3.2.7. После завершения каждого этапа оказания услуг подписать Акт сдачи-приемки оказанных услуг.

3.2.8. Рекомендовано посещать клинику Исполнителя 1 раз в 3 месяца для планового профилактического осмотра.

3.2.9. Соблюдать и следить за соблюдением Пациентом установленных Исполнителем правил внутреннего распорядка и поведения в клинике, режима лечения и условия гарантии.

3.2.10. Заказчик согласен с тем, что после проведенного лечения могут возникнуть некоторые неудобства и болезненные ощущения, которые не могут считаться недостатком услуги, так как являются неотъемлемой частью процесса заживления, адаптации организма.

3.3 Исполнитель имеет право:

3.3.1. Изменять по медицинским показаниям и экономическим причинам предварительный план, вид, объем и стоимость диагностики и лечения.

3.3.2. Направлять Пациента в медицинские учреждения или привлекать для консультаций специалистов из них для проведения дополнительных методов исследования, которые осуществляются за отдельную плату.

3.3.3. Установить гарантийные обязательства на оказанные услуги в соответствии с Приложением к настоящему Договору и «Положением о гарантиях».

3.3.4. Расторгнуть данный Договор при несогласии Заказчика с предложенным Исполнителем планом лечения, его стоимостью, внесенными Исполнителем в план лечения изменениями по содержанию, срокам и стоимости медицинских услуг, при невозможности оказать в данном клиническом случае необходимую Пациенту медицинскую услугу.

3.3.5. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема Исполнитель вправе направить Пациента (с его согласия) к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации, или увеличить сроки оказания услуг.

3.3.6. Отсрочить или отменить оказание услуги, в том числе в день назначения, в случае обнаружения у Пациента противопоказаний как со стороны полости рта, так и по общему состоянию здоровья.

3.4 Заказчик имеет право:

3.4.1. Получать информацию о состоянии своего здоровья, о результатах проводимого лечения, действий лекарственных препаратов и их побочных проявлениях.

3.4.2. Получить выписку из своей медицинской документации, описание и копии результатов обследований, а так же других медицинских документов в соответствии с Приказом МЗ РФ №789н от 31.07.2020 г.

3.4.3. Отказаться от услуг Исполнителя посредством предоставления письменного отказа от лечения при условии полной оплаты выполненных по Договору платных медицинских услуг и всех понесенных Исполнителем убытков.

4. Порядок оплаты

4.1 Заказчик производит оплату медицинских услуг по прайсу Исполнителя на день оплаты услуг одним из следующих способов: наличными денежными средствами в кассу Исполнителя, безналичным перечислением денежных средств на расчетный счет Исполнителя, оплата с использованием платежного терминала Исполнителя и банковских карт. Заказчик по своему желанию может внести аванс. В подтверждение оплаты услуг Заказчику выдается соответствующий фискальный документ.

4.2 Заказчик согласен оплачивать все ортопедические и ортодонтические услуги в полном размере предоплатой или путем выдачи аванса в сумме не менее 50% стоимости таких услуг до начала их оказания.

4.3 Оплата прочих услуг производится как путем авансовых платежей, так и непосредственно после фактического оказания услуг в день их оказания – по предварительной договоренности Сторон.

4.4. При досрочном расторжении Договора Исполнитель возвращает аванс Заказчику в течение 10 банковских дней с момента получения письменного уведомления с учетом оплаты оказанных услуг и фактически понесенных Исполнителем убытков.

4.5. При неоплате Заказчиком стоимости оказанных медицинских услуг без предварительного письменного согласования в дополнительном соглашении к Договору рассрочки оплаты с Исполнителем, за каждый день просрочки со дня фактического оказания Исполнителем медицинских услуг, Заказчик оплачивает пени в размере 1% стоимости неоплаченных медицинских услуг. Уплата пени не освобождает Заказчика от оплаты оказанных услуг и в счет оплаты услуг не засчитывается.

5. Ответственность сторон

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с текущим разделом настоящего договора. В случаях, неурегулированных данным разделом, стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. В случае неблагоприятного исхода лечения в связи: с нарушением врачебных рекомендаций и режима лечения; с возникновением предполагаемых осложнений; при не наступлении результата лечения по причинам, возможность возникновения которых была указана и согласована с Заказчиком при получении Информированного добровольного согласия на оказание платных медицинских услуг и иных приложений к настоящему Договору, предъявления претензий Заказчика по качеству оказания медицинских услуг после вмешательства самого пациента или специалиста другой клиники в гарантийную стоматологическую конструкцию или после получения в другой клинике стоматологических услуг, способных прямо или косвенно повлиять на гарантийную стоматологическую конструкцию, Исполнитель ответственности не несет.

5.3. Нарушение Пациентом и Заказчиком правил поведения в клинике Исполнителя, повторное опоздание Пациента более чем на 15 минут или неявка на прием без уважительной причины и уведомления Исполнителя не позднее чем за 24 часа, невыполнение рекомендаций и назначений врача, появление в клинике Исполнителя в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также нарушения Заказчиком обязательств, предусмотренных пунктом 3.2 настоящего Договора, являются

ся основанием для одностороннего расторжения договора по инициативе Исполнителя и прекращения гарантийных обязательств по всем ранее оказанным Исполнителем платным медицинским услугам, если данные действия пациента могут стать причиной наступления факторов, препятствующих оказанию безопасной и качественной медицинской помощи.

5.4. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение (ненадлежащее исполнение) обязательств по договору, если причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) является чрезвычайное и непредотвратимое обстоятельство (непреодолимая сила).

6. Порядок разрешения споров

6.1. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Заказчиком по вопросу качества оказанных услуг, спор между сторонами рассматривается Врачебной Комиссией Исполнителя, в том числе с привлечением сторонних специалистов. Все претензии Стороны оформляют в письменном виде. Досудебный порядок рассмотрения споров обязателен.

6.2. Понимая субъективность оценки эстетического и косметического результатов медицинских услуг, стороны договорились проводить оценку результатов не ранее сроков, указанных в Информированном согласии на оказание платных медицинских услуг, путем оценки результатов на совместном заседании Заказчика и Врачебной Комиссии Исполнителя.

6.3. При не достижении согласия сторон, споры разрешаются в соответствии с действующим законодательством РФ в суде по месту нахождения Исполнителя.

7. Прочие условия

7.1. Содержание, сроки и объем лечения согласовываются сторонами устно или письменно.

7.2. Оригиналы всех медицинских исследований, проведенных в клинике Исполнителя, являются собственностью Исполнителя и Заказчику и Пациенту не выдаются. По письменному требованию Заказчика ему может предоставляться их копия или выписка.

7.3. Подписывая настоящий Договор, Заказчик наделяет Исполнителя правом, при необходимости, провести оценку качества и эстетического результата оказанных Пациенту медицинских услуг, разрешая при этом передачу врачам, проводящим оценку качества, персональных данных и информации о состоянии своего здоровья, содержащейся в медицинской карте с условием сохранения ими персональных данных и медицинской тайны.

7.4. Подписывая настоящий Договор, Заказчик в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждает свое согласие на обработку персоналом ООО «Виэстетик» своих персональных данных и Пациента, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны и адреса электронной почты, данные о состоянии своего здоровья и иные персональные данные в медико-профилактических целях, в целях уведомления об услугах и акциях по почте, электронной почте и сотовой связи посредством СМС, для установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг. В процессе оказания медицинской помощи Заказчик дает право Исполнителю передавать персональные данные Пациента, фотографии и сведения, составляющие врачебную тайну, третьим лицам в интересах своего обследования и лечения. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Настоящее согласие действует бессрочно и может быть отозвано Заказчиком в письменном виде - заказным письмом.

7.5. Все приложения и дополнительные соглашения, указанные в настоящем Договоре и созданные Сторонами в процессе действия Договора, рассматриваются Сторонами как неотъемлемые составные части настоящего Договора.

7.6. Подписывая данный Договор, Заказчик подтверждает, что делает это сознательно и добровольно, без принуждения и давления обстоятельств, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения, ознакомлен и согласен с правилами поведения пациентов в клинике Исполнителя, с Правилами оказания медицинских услуг, их перечнем, сроками оказания и стоимостью, с «Положением о гарантиях» в клинике Исполнителя.

8. Гарантийные сроки и сроки службы, установленные Исполнителем:

На постоянные пломбы, несъемные постоянные ортопедические конструкции, дентальные имплантаты (установленные Исполнителем) – 1 год. На все виды съемных протезов – 6 месяцев. На лечение и протезирование зубов, на которых ранее были пломбы и коронки, установленные не в клинике Исполнителя – 6 месяцев. На лечение и постоянное протезирование зубов, каналы которых ранее уже были пролечены не в клинике Исполнителя - 1 неделя. На любые временные ортопедические конструкции – 2 недели, временные пломбы – 3 дня. Сроки службы всех постоянных пломб и стоматологических конструкций составляют 2 года, съемных протезов – 1 год, всех временных протезов – 2 недели, временных пломб – 7 дней.

Гарантийные сроки устанавливаются только на услуги, имеющие о вещественный результат: пломбы, вкладки, реставрации, несъемные и съемные зубные протезы, имплантаты и т.п. На профессиональную гигиену, отбеливание, хирургические манипуляции (кроме имплантации) и прочие не о вещественные работы и услуги сроки гарантии выражаются в качественном оказании услуг и составляют 1 день. Гарантийные обязательства на все оказанные медицинские услуги полностью утрачиваются при нарушении Пациентом правил поведения в клинике, условий настоящего Договора и врачебных рекомендаций. Полная информация о сроках и условиях гарантии, сроках службы стоматологических конструкций Исполнителя содержится в «Положении о гарантиях» на интернет-сайте www.videntis.ru и информационном стенде Исполнителя.

9. Срок действия, изменение и расторжение Договора

9.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и заканчивается по выполнению сторонами обязательств по договору.

9.2. Изменения условий настоящего Договора возможны только путем составления письменного Дополнительного соглашения и его подписания всеми сторонами Договора.

9.3. Расторжение договора возможно по факту выполнения Сторонами всех обязательств по Договору, по обоюдному согласию Сторон путем направления письменного предложения о расторжении Договора, в соответствии с пунктами 5.3 и 3.3.4 Договора, либо в спорных случаях – через суд согласно законодательству РФ.

Исполнитель: Генеральный директор _____ /Алиева Н.В./

Заказчик _____ /_____ /

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

Я, _____ "___" _____ г. рождения,
(Ф.И.О. гражданина)

зарегистрированный по адресу: _____
подтверждаю своё информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в [Перечень](#) определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (далее - Перечень), для получения специализированной медико-санитарной помощи *моим несовершеннолетним ребенком*, законным представителем которого я являюсь:

(ФИО несовершеннолетнего)

Медицинским работником _____, в доступной для меня форме
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)
разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](#), или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных [частью 9 ст. 20](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Я разрешаю/не разрешаю (*подчеркнуть*) использовать публично фотографии моих зубов и полости рта на условиях анонимности в печатных изданиях и сети Интернет.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 [части 3 ст. 19](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь:

Ф.И.О. выбранного лица
контактный телефон
Дата
Подпись законного представителя <input checked="" type="checkbox"/>

Сведения об аллергических реакциях, сопутствующих, перенесенных и хронических заболеваниях

Подпись <input checked="" type="checkbox"/>

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (диагностика, профессиональная гигиена, анестезия, стоматологическое лечение)

Приложение к Договору на оказание платных медицинских услуг № _____ от «___» _____ 201__ г.

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 ФЗ N 323 "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении лица, представителем которого я являюсь и что я ознакомлен и согласен(согласна) с названными мне условиями проведения медицинского вмешательства.

Я,

добровольно обращаюсь в ООО «Виэстетик» для проведения консультации, диагностики, стоматологического обследования, эстетической коррекции и лечения имеющихся у моего несовершеннолетнего ребенка

_____ стоматологических заболеваний.

Я понимаю цели и задачи стоматологической консультации, обследования и лечения. Меня в доступной форме уведомили о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске и возможных осложнениях, всех возможных альтернативных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Исполнитель в доступной форме уведомил меня об осуществляемой им медицинской деятельности, о режиме работы клиники, о видах, качестве и об условиях предоставления мне медицинской помощи, об эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях, о графике работы, уровне образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении мне платных медицинских услуг, об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, о состоянии моего здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, прогнозе развития заболевания, методах лечения, связанном с ними риске, о возможных осложнениях, вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, прогнозах и исходах лечения, о правилах и условиях эффективного и безопасного использования результатов оказанных медицинских услуг, о перечне платных медицинских услуг Исполнителя, их стоимости, гарантиях и сроках службы на оказанные услуги.

Я даю разрешение проводить осмотры, инструментальные исследования, делать оттиски, фотографии, видеосъемку, инъекции лекарственных препаратов, профессиональную гигиену зубов, отбеливание, и проводить любые другие мероприятия, которые будут необходимы для обеспечения качества и безопасности лечения, постановки диагноза, обезболивания, проведения лечения, а также для фиксации результатов медицинского вмешательства.

Я информирован(а) и согласен с необходимостью различных исследований челюстно-лицевой области до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров по назначению врача.

Я понимаю, что любой депульпированный зуб должен быть покрыт постоянной ортопедической конструкцией в течение 1 месяца после постоянной пломбировки корневых каналов; в противном случае гарантии на этот зуб утрачиваются.

Я осведомлен необходимости проведения анестезии и о возможных ее осложнениях (кровотечения, гематомы, повреждение нервов и сосудов, боль после анестезии, отеки, парезы лица, аллергические реакции) и при приеме назначаемых врачом лекарственных средств (в соответствии с инструкциями к назначаемым препаратам). Я уведомлен, что искусственные стоматологические изделия имеют конструктивные особенности (несколько примерок и коррекций протезов, расцементировки ортопедических конструкций и брекетов, неудобства использования, раскручивание фиксирующих ортопедические конструкции винтов на имплантатах, разница в цвете зубов, пломб, коронок, виниров при разном освещении, пульпит витального зуба под пломбой или коронкой и др.), наличие которых не является недостатком оказанных услуг. Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, о которых я уведомлен в Информированном согласии, которые возникли вследствие естественных изменений моего организма или внешних причин, а также в следствии нарушений условий Договора на оказание платных медицинских услуг и рекомендаций лечащего врача, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(на) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что ожидаемый мною результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил. Я понимаю, что специалисты ООО «Виэстетик» не несут ответственность за последствия медицинских осложнений лечения, аллергических реакций, побочные действия лекарственных средств и иных препаратов, за качество ранее проведенного в других медицинских учреждениях лечения и возникновение негативных последствий, связанных с возникновением, наличием и обострением уже имеющихся у Пациента острых и хронических заболеваний. Я уведомлен(а), что появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов после сдачи стоматологической конструкции не является гарантийным случаем, поскольку подобное осложнение предсказать до начала лечения невозможно, и оно не является следствием неправильных действий врача. В этом случае переделка стоматологических конструкций с целью устранения явлений гальванизма и аллергии осуществляется платно по прайсу Исполнителя.

Я понимаю необходимость информирования лечащего врача обо всех случаях аллергии, о наличии всех имеющихся у меня заболеваний, травм и ранее выполненных операций. Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения. Я имел возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них понятные и исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение всех медицинских терминов, упомянутых в данном документе. Я даю разрешение проводить все необходимые лечебные мероприятия на усмотрение лечащего врача и использовать любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо для получения наилучшего результата диагностики и лечения.

«___» _____ 20__ г. Законный представитель _____ / _____

Врач _____ / _____