

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

ФИО пациента (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) \_\_\_\_\_

обратился в ООО "Медстомэлит" (далее Клиника) за стоматологическими услугами и добровольно подтверждаю следующее:

Я ознакомлен с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данной Клинике, и обязуюсь их соблюдать.

Я получил сведения о медицинских услугах, в т.ч. которые мне будут оказаны: качество оказания, основные потребительские свойства, перечне платных медицинских услуг, и их стоимость (тарифы, прејскурант), срок и порядок оплаты, виды и объемы платных медицинских услуг, условия и сроки предоставления и получения (приобретения) платных медицинских услуг, правила (условия и порядок) оказания платных медицинских услуг, правила и условия эффективного и безопасного использования платных медицинских услуг, в т.ч. результата, сведения о льготах для отдельных категорий граждан (при предъявлении соответствующих документов), сведения о квалификации и наличии сертификатов у специалистов, график их работы, в т.ч. моего лечащего врача, место предоставления платных медицинских услуг, а также информацию по адресам и телефонам вышестоящих организаций и органа защиты прав потребителей.

Я подтверждаю, что лечащий врач предоставил мне информацию о правах пациента, а также о состоянии здоровья: наличии заболевания, диагнозе, содержании медицинской помощи, вариантах и результатах обследования, вариантах медицинского вмешательства, прогнозе, последствиях, степени риска.

Я информирован о том, что негативные последствия для здоровья (вред жизни и здоровью, временная либо постоянная нетрудоспособность), как и недостаточная эффективность стоматологической услуги возможны в следующих ситуациях:

- вследствие возрастных, наследственных, иммунологических и других особенностей организма,
- вследствие несоблюдения лечебно-охранительного режима Клиники, рекомендаций (назначений) лечащего врача как в самой Клинике, так и после выписки,

- вследствие любых самовольных действий (бездействий) без предварительного согласования с лечащим врачом, в том числе использование по рекомендации врачей других лечебных учреждений, либо самовольно, медицинских услуг, лекарственных средств, биологических добавок, диеты, различных приборов и пр.,

- вследствие самовольного препятствия, полного либо частичного отказа от стоматологической услуги,

- при сокрытии от лечащего врача любых сведений, касающихся здоровья,

- вследствие побочных эффектов от любой составляющей стоматологической услуги,

- при курении, употреблении алкоголя в любых количествах, наркотических и психотропных средств,

- а также в силу несовершенства медицинской науки и ее методов.

Я также информирован о том, что действия (бездействия) с моей стороны с предвидением неблагоприятных последствий и желанием их наступления либо безразличным к ним отношением, вызванное, в т.ч. полным либо частичным отказом от выполнения указаний, предусмотренных данным документом, освобождает Клинику от ответственности.

Я информирован, что вправе в любой момент полностью, либо частично отказаться от предоставляемых стоматологических услуг, но при этом в доступной форме уведомлен о последствиях такого отказа (вред жизни и здоровью, полная либо частичная нетрудоспособность, потеря зуба, усиление болевых ощущений, иные неблагоприятные последствия).

В случае наличия результата стоматологической услуги я информирован о сведениях, касающихся безопасного использования результата услуги, которые представлены мне в памятке и при устной беседе с врачом, а также о гарантийном сроке, который составляет двенадцать месяцев.

Я, в свою очередь, поставил в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об отсутствии либо наличии аллергических проявлений, обо всех перенесенных и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, полученных анестезиологических пособиях, об воздействующих экологических и производственных факторах, о принимаемых лекарственных средствах и получаемых медицинских услугах. Я сообщил правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств. Все эти данные в полном объеме врач зафиксировал в медицинской документации и в моем присутствии.

Я подтверждаю, что вся информация, предоставленная мне лечащим врачом, является своевременной, необходимой, достоверной, бесплатной, наглядной и доступной.

Я извещен о том, что мне необходимо немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, невозможности выполнения настоящего документа, обязательств по договору, а также предъявить жалобы, замечания и предложения, в т.ч. главному врачу Клиники.

В связи с вышесказанным, я добровольно и осознанно согласен на предоставление мне стоматологических услуг, которые мне необходимы и являются наиболее оптимальными.

Я согласен на следующие виды медицинских вмешательств: опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, рентгенография, введение лекарственных препаратов по назначению врача,

в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикжно.

Я подтверждаю, что мне была предоставлена медицинским работником в доступной форме полная информация о целях и методах оказания медицинской помощи, связанном и с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства о его последствиях, о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, предусмотренная требованиями Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Мне разъяснено и я осознаю, что во время оказания стоматологических услуг могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен на то, что вид и тактика оказания стоматологических услуг могут быть изменены врачами по их усмотрению. Я предупрежден, что в ряде случаев могут потребоваться повторные стоматологические услуги, в т.ч. в связи с возможными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это. Я информирован о том, что после оказания стоматологической услуги могут возникнуть некоторые неудобства и болезненные ощущения, которые не могут считаться недостатками стоматологической услуги, т.к. являются неотъемлемой частью процесса адаптации организма, процесса заживления и восстановления зубочелюстной системы.

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального Закона от 27.07.2006 г. "О персональных данных" №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Я также согласен на передачу сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, законным представителям, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения, и в иных целях.

Мне была предоставлена возможность задать все интересующие вопросы, и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

Любое несогласие с текстом данного документа, а также наличие замечаний, дополнений либо несоответствия представленной информации реальным обстоятельствам, я при его подписании имею возможность собственноручно внести в текст, осуществить правку, зачеркнуть либо дополнить.

Содержание настоящего документа, являющегося приложением к договору, мною прочитано, полностью понятно и согласовано, что я удостоверяю подписью.

Подпись врача \_\_\_\_\_

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_ г.

### АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ УСЛУГ

Настоящий акт подтверждает, что Клиника оказала Пациенту на основании договора стоматологические услуги в согласованном наименовании, объеме, сроках, стоимости и прочих необходимых условиях, а Пациент полностью принял стоматологические услуги, результат, информацию по безопасному использованию результата и не имеет каких-либо претензий к Клинике.

Подпись врача \_\_\_\_\_

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_ г.

Настоящее Приложение является неотъемлемой частью договора и истории болезни.