**Несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющую платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Заказчика/Потребителя**

**Договор оказания платных стоматологических услуг №\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

г. Кологрив «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.), именуем\_\_ в дальнейшем «Заказчик/Потребитель», с одной стороны и ИП Лебедева Т.А., адрес места нахождения:157 440 Костромская область, г.Кологрив, ул.Кирова, д.37, ОГРНИП – 310443415300017, лицензия на осуществление медицинской деятельности от 19.08.2016 № Л041-01140-44/00307792, выдана Департаментом здравоохранения Костромской области, именуемая в дальнейшем "Исполнитель", в лице Лебедевой Татьяны Александровны, с другой стороны, совместно именуемые "Стороны", заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. Предмет Договора**

1.1. Исполнитель обязуется оказать Заказчику/Потребителю платные стоматологические услуги, перечень которых определяется в соответствии с Планом лечения - (Приложение №1), который является неотъемлемой частью настоящего Договора с момента согласования Заказчиком/Потребителем, а Заказчик/Потребитель обязуется принять указанные услуги и оплатить их стоимость.

1.2. Сроки оказания медицинских услуг, предусмотренных п. 1.1 настоящего Договора, определены в Плане лечения (Приложение №1).

**2. Порядок и условия оказания услуг**

2.1. В оговоренное с Заказчиком/Потребителем время Исполнитель организует осуществление осмотра Заказчика/Потребителя квалифицированным зубным врачом, который устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты лечения, последствия лечения и предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения и подробно информирует об этом Заказчика/Потребителя. По результатам осмотра врач составляет План лечения, определяя необходимый набор услуг из числа описанных в прейскуранте Исполнителя, и отражает его в медицинской карте Заказчика/Потребителя.

2.2. Необходимым условием исполнения Договора является согласие Заказчика/Потребителя с предложенным Планом лечения, оформленное подписью Заказчика/Потребителя в медицинской карте. Стороны договорились, что такое согласие является также подтверждением того, что Заказчик/Потребитель достаточно и в доступной форме информирован о состоянии своего здоровья, о предполагаемых результатах лечения, о возможности негативных последствий предлагаемых способов диагностики и лечения, о характере и степени тяжести этих последствий, о степени риска лечения, о существовании иных способов лечения и их эффективности, о последствиях отказа от предлагаемого лечения, и является выражением добровольного информированного согласия пациента на предложенное медицинское вмешательство.

2.3. Услуги оказываются Исполнителем в помещении, на оборудовании и с использованием материалов Исполнителя в соответствии с согласованным Планом лечения и в порядке, утвержденном в правилах оказания услуг Исполнителем, с которыми Заказчик/Потребитель ознакомлен до подписания настоящего Договора.

2.4. Если в процессе оказания услуг возникла необходимость изменить План лечения с оказанием дополнительных услуг, то они оказываются только после получения письменного согласия Заказчика/Потребителя. Отказ Заказчика/Потребителя от получения дополнительных услуг, связанных с медицинскими показаниями, также оформляется письменно с разъяснением ему последствий такого отказа. В том случае, если Исполнитель придет к выводу, что без дополнительных услуг оказание услуг по настоящему Договору невозможно либо приведет к значительным негативным последствиям для Заказчика/Потребителя, Стороны обсудят возможность расторжения настоящего Договора с компенсацией Исполнителю фактически понесенных затрат.

2.5. Исполнитель не оказывает услуги, если у Заказчика/Потребителя имеются острые воспалительные или инфекционные заболевания, а также если Заказчик/Потребитель находится в состоянии опьянения.

2.6. Время явки Заказчика/Потребителя на прием оговаривается и согласовывается с Заказчиком/Потребителем каждый раз. Согласование даты и времени явки Заказчика/Потребителя на прием может осуществляться в устной или письменной форме.

2.7. До подписания настоящего Договора Заказчик/Потребитель ознакомлен со сведениями о местонахождении, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов Исполнителя.

2.8. До подписания договора Заказчику/Потребителю предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2.9. До подписания настоящего договора Заказчик/Потребитель уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

2.10. Выдача копий и выписок из медицинских документов осуществляется в соответствии с требованиями приказа МЗ РФ от 31 июля 2020г. № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них» (письменный запрос, срок выдачи до 30 дней).

**3. Права и обязанности Сторон**

3.1. **Заказчик/Потребитель имеет право:**

3.1.1. Получать полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, относящуюся к компетенции специалистов Исполнителя.

3.1.2. Получать исчерпывающую информацию о предоставляемых услугах.

3.1.3. Выбирать лечащего врача с учетом специализации врача и его согласия.

3.1.4. Выбирать время приема у врача из имеющегося свободного.

3.1.5. Знакомиться с документами, подтверждающими наличие специальных разрешений, сертификата и лицензии у Исполнителя.

3.1.6. На сохранение в тайне информации о своем здоровье.

3.1.7. Получать сведения о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

3.2. **Заказчик/Потребитель обязан:**

3.2.1. Строго соблюдать все рекомендации и предписания врача.

3.2.2. Являться на прием к врачу в назначенный срок.

3.2.3. Предоставить Исполнителю точную и подробную информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о перенесенных и имеющихся заболеваниях, непереносимости лекарств, препаратов и процедур, о проводимом ранее лечении.

3.2.4. При первой возможности информировать Исполнителя об изменениях в состоянии здоровья, включая появление болевых или дискомфортных ощущений в процессе и после лечения.

3.2.5. Выполнять указания Исполнителя во время оказания услуги.

3.2.6. Соблюдать правила внутреннего распорядка Исполнителя и правила оказания услуг.

3.2.7. При появлении жалоб, связанных с лечением, незамедлительно обратиться к Исполнителю.

3.3. **Исполнитель имеет право:**

3.3.1. Требовать от Заказчика/Потребителя представления сведений и документов, необходимых для оказания услуг по настоящему Договору.

3.3.2. Требовать оплаты оказанных услуг в соответствии с разд. 5 настоящего Договора.

3.4. **Исполнитель обязан:**

3.4.1. Оказать услуги надлежащего качества, то есть обеспечить выполнение составляющих услуги действий по методикам и со свойствами, соответствующими обязательным для подобных услуг требованиям, а также в соответствии с технологией, предусмотренной для применяемых при оказании услуг материалов, препаратов, инструментов, оборудования.

3.4.2. Устранить недостатки некачественно оказанных услуг, если эти недостатки обнаружены и удостоверены в течение 30 календарных дней с момента оказания услуг, если иное не указано врачом в медицинской карте.

3.4.3. По требованию Заказчика/Потребителя сообщать ему сведения, относящиеся к характеру услуг, указанных в п. 1.1 настоящего Договора (в том числе бесплатная выдача выписки, копии медицинской карты по заявлению Заказчика/Потребителя).

3.4.4. Соблюдать принцип конфиденциальности полученной от Заказчика/Потребителя информации, если она стала известна Исполнителю в рамках оказываемых им услуг.

3.4.5. Выдать по заявлению пациента копию договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему, справку об оплате медицинских услуг по установленной форме.

3.5. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора.

3.6. По окончании каждого приёма Исполнитель составляет и представляет Заказчику/Потребителю Акт об оказании услуг (Приложение № 2 к настоящему Договору). Заказчик/Потребитель обязан подписать Акт об оказании услуг либо представить мотивированный отказ от его подписания в течение суток с даты его получения от Исполнителя. В случае если в указанный срок Заказчик/Потребитель не подпишет Акт об оказании услуг и не представит мотивированный отказ от его подписания, услуги считаются принятыми на следующий день после истечения срока, установленного настоящим пунктом.

**4.Сроки выполнения работ**

4.1.Сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг составляют до 2 месяцев.

4.2. Сроки ожидания оказания платных услуг определяются Исполнителем по согласованию с Заказчиком/Потребителем после проведения обследования состояния Заказчика/Потребителя и определения всего комплекса предстоящих лечебных мероприятий.

4.3. Сроки проведения лечения целиком зависят от тяжести заболевания и индивидуальных особенностей пациента и не могут быть заранее точно определены.

**5. Стоимость услуг и порядок оплаты**

5.1. Стоимость услуг определяется на основании Плана лечения согласно действующему прейскуранту Исполнителя, который является приложением к настоящему Договору.

5.2. Оказанные в соответствии с п. 2.4 настоящего Договора дополнительные услуги оплачиваются Заказчиком/Потребителем по расценкам действующего прейскуранта.

5.3. Заказчик/Потребитель обязан оплачивать услуги Исполнителя после каждого приема у врача в размере полной стоимости фактически оказанных в данное посещение услуг по расценкам действующего на момент подписания настоящего Договора прейскуранта. Оплата производится путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя.

5.4. Датой оплаты считается дата внесения денежных средств в кассу Исполнителя.

**6. Ответственность Сторон. Разрешение споров**

6.1. Исполнитель несет ответственность за неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по Договору в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.2. В случае некачественного оказания Исполнителем услуг Заказчик/Потребитель вправе потребовать с Исполнителя устранение недостатков, или возмещения понесенных расходов, в порядке статьи 29 ФЗ №2300-1 «О защите прав потребителей».

6.3. В случае нарушения Исполнителем сроков оказания услуг, согласованных Сторонами в Плане лечения (Приложение № 1 к настоящему Договору), Заказчик/Потребитель вправе потребовать от Исполнителя один из вариантов, указанных в статье 28 ФЗ №2300-1 «О защите прав потребителей».

6.4. За нарушение сроков оплаты стоимости услуг, установленных п. 5.3 настоящего Договора, Исполнитель вправе потребовать от Заказчика/Потребителя уплаты неустойки в размере 0,1% от не уплаченной в срок суммы за каждый день просрочки.

6.5. Все споры и разногласия по настоящему Договору разрешаются в досудебном порядке путем переговоров, а в случае не достижения Сторонами согласия в 30-дневный срок с момента получения письменной претензии Стороны, спор разрешается в судебном порядке.

**7. Гарантийное обязательство**

7.1. Исполнитель на оказанные услуги устанавливает гарантийные сроки согласно действующему у Исполнителя «Положения о гарантийных сроках и сроках службы на стоматологические услуги», производимые у ИП Лебедевой Т. А.

С положением можно ознакомиться на стенде учреждения.

7.2. В случае отказа Заказчика/Потребителя от окончания лечения, при несоблюдении рекомендаций врача, гигиены полости рта, а также при неявке на очередной профилактический осмотр гарантийные обязательства на уже проведенное лечение аннулируются.

**8. Заключительные положения**

8.1. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует неопределенный срок.

8.2. Заказчик/Потребитель имеет право расторгнуть Договор в одностороннем порядке, оплатив Исполнителю по прейскуранту фактически понесенные Исполнителем расходы.

8.3. Настоящий Договор может быть изменен или расторгнут на основании письменного соглашения Сторон, а также по иным основаниям, установленным действующим законодательством Российской Федерации.

8.4. Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.

8.5. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

8.6. Приложения:

8.6.1. План лечения (Приложение №1).

8.6.2. Акт об оказании услуг (Приложение №2).

8.6.3. Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг

(Приложение №3).

**9. Адреса и реквизиты Сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель**  ИП Лебедева Татьяна Александровна  Адрес: 157440, Костромская область,  Кологривский район, Кологрив, ул. Кирова,д.37,  помещение №2  (Кабинет)  Тел. 8-910-808-63-90  Сайт: http://kologrivmed.ru/  ИНН 441300491446  ОГРН 310443415300017  Свидетельство о регистрации:  серия 44№ 000678591 (Выдан: 02.06.2010 г.)  Свидетельство о постановке на учет  серия 44№ 000674269 (Выдан: 02.06.2010 г).  Лицензия № Л041-01140-44/00307792 от 19.08. 2016  Лицензируемый вид деятельности:  Медицинская деятельность (за исключением указанной  деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями,  входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра  «Сколково»)  Выполняемые работы, оказываемые услуги: Приказ 866н;  При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):  при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:стоматологии.Выдана Департаментом здравоохранения Костромской области.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Лебедева Т.А./ | **Заказчик/Потребитель**  ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспортные данные: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Заказчик/Потребитель:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись/Ф.И.О.) |

Приложение №1

к договору оказания платных

стоматологических услуг

№\_\_\_\_\_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**План лечения**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Медицинская услуга | Зуб | Срок оказания | Согласен или не согласен | Примерная стоимость услуги |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заказчик/Потребитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение №2

к договору оказания платных

стоматологических услуг

№\_\_\_\_\_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Акт об указании услуг**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.), именуем\_\_ в дальнейшем «Заказчик/Потребитель», с одной стороны и ИП Лебедева Т.А., адрес места нахождения:157 440 Костромская область, г.Кологрив, ул.Кирова, д.37,помещение 2, ОГРНИП – 310443415300017, лицензия на осуществление медицинской деятельности от 19.08.2016 № Л041-01140-44/00307792, выдана Департаментом здравоохранения Костромской области, именуемая в дальнейшем "Исполнитель", в лице Лебедевой Татьяны Александровны, с другой стороны, совместно именуемые "Стороны", заключили настоящий Акт о нижеследующем:

1. В соответствии с условиями Договора оказания платных стоматологических услуг от "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. № \_\_\_\_ (далее - Договор) Исполнитель оказал Заказчику/Потребителю\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО) следующие услуги:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Дата пред-я услуг | Наименование услуг | Стоимость услуг (руб.) | Код услуги по прейскуранту |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

2. Указанные в п. 1 настоящего Акта услуги согласно Договора оказаны в полном объеме с "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. по "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.

3. Замечаний к услугам и предоставленным Исполнителем лекарственным препаратам, средствам, материалам не имеется.

4. Стоимость оказанных услуг составляет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей.

Стоимость оказанных услуг подлежат оплате в порядке и сроки, которые установлены Договором.

5. Настоящий Акт составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

6. Подписи Сторон

Заказчик/Потребитель: Исполнитель:

\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись/Ф.И.О.) (подпись/Ф.И.О.)

Приложение №3

к договору оказания платных

стоматологических услуг

№\_\_\_\_\_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства**

**(терапевтическая стоматология)**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года  рождения, зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(адрес места жительства гражданина)

обращаюсь в **ИП Лебедева Т.А.** по адресу: Костромская область, г. Кологрив, ул. Кирова д.37, помещение №2 (Лицензия № Л041-01140-44/00307792 от 19.08. 2016 на осуществление медицинской деятельности при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по стоматологии) и даю согласие на проведение стоматологического вмешательства, осуществляемого **зубным врачом** **Лебедевой Татьяной Александровной**.

**Зубным врачом Лебедевой Т.А.** я проинформирован(а) в доступной для меня форме о состоянии моего здоровья, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания и настоящим подтверждаю, что получил(а) детальные объяснения в устной форме о необходимости стоматологического лечения, план которого изложен в медицинской карте. Мне составлена полная письменная смета на лечение, которая мне разъяснена и понятна.

Мне объяснен в понятной форме план стоматологического лечения, включая ожидаемые результаты, риск, пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, также необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим.

**Возможные риски и осложнения:**

1. При проведении анестезии: постинъекционная гематома, аллергическая, токсическая реакции на анестетик, повреждение сосудов, нервов и др.
2. При проведении терапевтического лечения зубов: отек мягких тканей вследствие реакции периапикальных тканей, отлом коронковой части зуба, снижение процента успеха эндодонтического лечения при повторном эндодонтическом лечении, перфорация корня и стенки зуба, отлом эндодонтического инструмента в корневых каналах, неполная обтурация корневых каналов, выведение пломбировочного материала в периапикальные ткани, невозможность извлечения инородного тела, постпломбировочные боли, травматическое повреждение мягких тканей полости рта при непроизвольных движениях пациента, скол и выпадение пломбы и др.

Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о виде лечения.

Мне объяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления плана лечения, выяснится необходимость в частичном или полном изменении плана лечения. Могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В связи с этим, точная продолжительность лечения, в том числе и этапов зависящих от лечения может изменяться.

Я проинформирован(а), что в случае изменения плана лечения, возникает необходимость изменения сметы на лечение. Я согласен полностью оплатить все дополнительные расходы на лечение и диагностику.

Мне ясна вся важность передачи точной достоверной информации о состоянии моего здоровья, а также выполнений всех полученных от врача рекомендаций, касающихся соблюдения гигиены полости рта, приема лекарственных препаратов, назначенных врачом.

Я поставил(а) в известность лечащего врача обо всех проблемах моего здоровья и индивидуальной непереносимости лекарственных средств, о перенесенных травмах, операциях.

Разрешаю делать инъекции, проводить рентгенологические исследования, любые другие мероприятия, которые необходимы для постановки диагноза, проведения лечения и внесение результатов медицинского вмешательства в амбулаторную карту.

Я также информирован(а), что негативные последствия для моего здоровья (вред жизни и здоровью), как и недостаточная эффективность оказанной медицинской помощи возможны в следующих ситуациях: вследствие возрастных, наследственных, иммунологических и других особенностей моего организма; несоблюдения рекомендаций (назначений) лечащего врача во время и после лечения; любых моих самовольных действий (бездействий) без предварительного согласования с лечащим врачом; отказа от любой составляющей медицинской помощи, назначенной лечащим врачом; самовольного препятствия своевременному и полноценному оказанию мне любой составляющей медицинской помощи; при сокрытии от лечащего врача любых сведений, касающихся моего здоровья; побочных эффектов то любой составляющей медицинской помощи; случайных, непредвиденных обстоятельств; при курении, употреблении алкоголя в любых количествах, наркотических и психотропных средств.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных 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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082), или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48,ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Я проинформирован(а), что последствиями отказа от профессиональной гигиены полости рта могут быть: развитие или обострение имеющихся заболеваний пародонта, развитие кариеса зубов и его осложнений.

Я проинформирован(а), что последствиями отказа от лечения кариеса могут быть: инфекционные осложнения, прогрессирование кариозного процесса и переход его в запущенную стадию с поражением пульпы зуба и окружающей кости; появление и нарастание болевых ощущений, развитие местных осложнений, требующих эндодонтическое лечения; разрушение и потеря зуба, а также системные проявления заболеваний зубов и полости рта.

Я проинформирован(а), что последствиями отказа от эндодонтического лечения могут быть: инфекционные осложнения, прогрессирование кариозного процесса и переход его в запущенную стадию с поражением пульпы зуба и окружающей кости; появление и нарастание болевых ощущений, развитие местных осложнений, требующих эндодонтическое лечения; разрушение и потеря зуба, а также системные проявления заболеваний зубов и полости рта.

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации».

**Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение данного документа. Я даю согласие на медицинское вмешательство и лечение на предложенных условиях.**

**Заказчик/Потребитель**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

**Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

**Заказчик/Потребитель**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

**Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

**Заказчик/Потребитель**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

**Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

**Заказчик/Потребитель**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

**Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

**Заказчик/Потребитель**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

**Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

**Заказчик/Потребитель**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

**Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

**Заказчик/Потребитель**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

**Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

**Заказчик/Потребитель**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

**Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.