# Документ разработан

# Единой Казахстанской Ассоциацией стоматологов

# Договор оказания стоматологических услуг в клинике\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г

Стоматологическая клиника\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в лице\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующей на основании\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в соответствии с лицензией на право осуществления медицинской деятельности (Лицензия №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданной\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), в дальнейшем  именуемое  «ИСПОЛНИТЕЛЬ», с одной стороны и гражданина (гражданки) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый (-ая) в дальнейшем «ЗАКАЗЧИК», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора.**

* 1. ЗАКАЗЧИК поручает и оплачивает, а ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется в период времени, согласованный сторонами, выполнить работы по оказанию платной стоматологической помощи непосредственно Заказчику или указанному им лицу. Лицо, которому оказывается стоматологическая помощь, именуется «ПАЦИЕНТ».
	2. Объем оказываемых услуг определяется общим состоянием здоровья Пациента, медицинскими показаниями к стоматологическому лечению, желанием Пациента и организационно-техническими возможностями Исполнителя.
1. **Права и обязанности Сторон и условия их реализации.**

2.1. **ИСПОЛНИТЕЛЬ** обязуется:

2.1.1. Качественно оказывать стоматологические услуги в соответствии с планом лечения, составленным лечащим врачом и зафиксированным в медицинской карте Пациента, с применением имеющихся материалов, медикаментов, инструментов, оборудования и их обработки.
2.1.2. Ознакомить Пациента с порядком и планом оказания медицинских услуг.
2.1.3.  Предоставить пациенту необходимую информацию о сущности применяемых методик, составе и характере используемых медикаментов и материалов.
2.1.4. Поставить в известность Пациента о возникающих обстоятельствах, которые могут привести к изменению объема оказания услуг, и возможных осложнениях при лечении и отразить в медицинской карте Ппциента.
2.1.5. Соблюдать правила медицинской этики и деонтологии во взаимоотношениях с Пациентом, а также соблюдать врачебную тайну.
2.1.6. Исполнитель гарантирует предоставление качественного медицинского лечения.
**2.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право:**

2.2.1. Самостоятельно, исходя из медицинских показаний, решать вопросы, связанные с технологией лечения, методом анестезии, подбором медикаментов и материалов, количеством выполняемых рентгенограмм, необходимостью изготовления моделей челюстей, фотографий и проведением других диагностических мероприятий, которые ИСПОЛНИТЕЛЬ сочтет нужным для планирования и осуществления лечения ПАЦИЕНТА. В случае возникновения неотложных состояний, угрожающих жизни ПАЦИЕНТА, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи.
2.2.2.  Передавать информацию об объеме и стоимости лечения законным представителям несовершеннолетнего ПАЦИЕНТА, а также ЗАКАЗЧИКУ, в случае если ПАЦИЕНТ и ЗАКАЗЧИК разные лица.
2.2.3.  Отсрочить или отменить лечебное мероприятие, в том числе в день процедуры, в случае обнаружения у ПАЦИЕНТА противопоказаний, как со стороны полости рта, так и по общему состоянию организма.
2.2.4.  При изменении клинической ситуации изменить с согласия ПАЦИЕНТА план или(и) сроки лечения, а в случае несогласия ПАЦИЕНТА с предложенными изменениями прервать лечение и расторгнуть настоящий договор.
2.2.5. Требовать у ПАЦИЕНТА получения сведений и предоставления документов (в случае предыдущего лечения в других лечебных учреждениях), необходимых для эффективного лечения.
2.2.6. Отказать  в приеме (или переназначить) ПАЦИЕНТА (кроме случаев требующих экстренного вмешательства) в случае:
- состояния алкогольного, наркотического или токсического опьянения  ПАЦИЕНТА;
- если действия ПАЦИЕНТА угрожают жизни и здоровью персонала;
- требования услуг ПАЦИЕНТОМ или ЗАКАЗЧИКОМ, которые не входят в план лечения, зафиксированный в медицинской карте;
- опоздания ПАЦИЕНТА на прием более 25 минут от назначенного времени;
- по уважительной причине нахождения лечащего врача вне клиники.

**2.3. Обязанности ПАЦИЕНТА.**

2.3.1. Следовать выбранному им же плану лечения, срокам этапов лечения, срокам обращения в клинику по поводу отклонений от прогнозируемого хода (развития) событий, срокам обращения на профилактические и контрольные обследования и осмотры.

2.3.2. Пациент должен предоставить всю известную ему необходимую информацию медицинским работникам ИСПОЛНИТЕЛЯ о состоянии своего здоровья, заболеваниях, аллергических реакциях и т.д., сведения, касающиеся его личности, состояния здоровья родственников и т.д., необходимые для оказания медицинской услуги.

2.3.3. Являться на прием в строго назначенное время, а при невозможности явки, заранее, не менее чем за 24 часа предупредить  ИСПОЛНИТЕЛЯ  о невозможности явки на прием.
2.3.4. Строго соблюдать и выполнять установленные врачом профилактические и лечебные мероприятия.
2.3.5. Немедленно известить врача о любых осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе лечения.
2.3.6. Удостоверить личными подписями факты ознакомления и согласия с настоящим договором, планом лечения, врачебными рекомендациями, сроками и стоимостью работы.
2.3.7. Принять на себя ответственность за результаты услуги, оказанной по настоянию самого ПАЦИЕНТА без гарантии качества со стороны врача.
2.3.10. Ознакомиться и подписать информированные согласия на медицинское вмешательство.
2.3.11. Ознакомиться с положением о предоставлении гарантий на стоматологические услуги.

2.3.12. Хранить в течение гарантийного срока гарантийный талон (СЕРТИФИКАТ), в случае возникновения в течение гарантийного срока любых дефектов пломб и коронок, немедленно обратиться к ИСПОЛНИТЕЛЮ, не прибегая к помощи  других лечебных учреждений.

**2.4. Права ПАЦИЕНТА.**

2.4.1. Выбрать день и время явки на прием в соответствии с графиком работы ИСПОЛНИТЕЛЯ и с учетом занятости времени персонала другими ПАЦИЕНТАМИ.
2.4.2. Перенести ранее назначенный ему прием на другое время, уведомив об этом ИСПОЛНИТЕЛЯ не позднее, чем за 24 часа до назначенного времени.
2.4.3. Требовать от ИСПОЛНИТЕЛЯ предъявления лицензий, прейскуранта, сведений о квалификации и сертификации специалистов.
2.4.4. Участвовать в выборе цвета будущего протеза (пломбы).

 **2.5. Права ЗАКАЗЧИКА**

2.5.1. В случае, если ЗАКАЗЧИК и ПАЦИЕНТ разные лица, ЗАКАЗЧИК имеет право получать информацию о ходе лечения ПАЦИЕНТА, сведения о методах лечения и  препаратах
**2.6. Обязанности ЗАКАЗЧИКА**.

2.6.1. Своевременно выплатить стоимость предоставляемых стоматологических услуг в соответствии с действующим прейскурантом.
2.6.2. Предварительно выплатить стоимость консультативного заключения о необходимом объеме стоматологического лечения и его стоимости.

**3. Цена договора и порядок расчетов.**

3.1.Прейскурант является текущей (меняющейся) ценой на части оказываемой услуги. Цена определяется по прейскуранту на тот момент времени, в который оказывается услуга или ее часть, отраженная в прейскуранте.

3.2.ИСПОЛНИТЕЛЬ предоставляет ЗАКАЗЧИКУ прейскурант для ознакомления до подписания договора.
3.3.  Пациент оплачивает оказанную услугу (или часть услуги) в кассу ИСПОЛНИТЕЛЯ по прейскуранту сразу после исполнения услуги или ее части, отраженной в прейскуранте.
3.4. При применении ортопедического лечения, ПАЦИЕНТ оплачивает в кассу задаток в размере 50% от стоимости протезирования, сразу после снятия оттисков.
3.5. Остаточную сумму Пациент обязан внести не позднее дня приема работы ИСПОЛНИТЕЛЯ, до окончательной фиксации работы в полости рта ПАЦИЕНТА.
3.6.  При нарушении п.2.3.3. Исполнитель оставляет за собой право отказать пациенту в предоставлении возможных скидок, оговоренных ранее.
3.7. В случае, если ЗАКАЗЧИК оплачивает оказанные услуги по безналичному расчету, услуги оплачиваются в течение 3 (Трех) банковских дней с момента выставления счета ИСПОЛНИТЕЛЕМ в полном объеме. Стоимость ортопедического лечения оплачивается следующим образом: 50% - предоплата, 50% - в течение 3 (трех) банковских дней – на основании выставляемых ИСПОЛНИТЕЛЕМ счетов.

**4. Срок действия договора.**

4.1.1. Договор действует с момента подписания и до прекращения или расторжения договора по причинам, определенным законодательством РК

или настоящим договором.

 **5. Прекращение и расторжение договора.**

5.1.1. Договор подлежит расторжению по воле сторон при надлежащем исполнении договора ИСПОЛНИТЕЛЕМ. При этом ЗАКАЗЧИК делает отметку в медицинской карте, свидетельствующую о полном и надлежащем выполнении обязательств ИСПОЛНИТЕЛЕМ.

5.2.1. ЗАКАЗЧИК имеет право расторгнуть в одностороннем порядке договор и прекратить отношения с лечебным учреждением ИСПОЛНИТЕЛЯ в любое время, оплатив ИСПОЛНИТЕЛЮ по прейскуранту фактически понесенные ИСПОЛНИТЕЛЕМ расходы.
5.2.2. Если ПАЦИЕНТ не выполняет рекомендаций медицинского учреждения ИСПОЛНИТЕЛЯ, то оказание медицинской помощи становится невозможным. Отказ или уклонение ПАЦИЕНТА следовать рекомендациям, связанным с лечебным процессом, и режиму лечебного учреждения ИСПОЛНИТЕЛЯ равносилен одностороннему расторжению договора.
5.2.3. Прекращение и расторжение договора возможно и по другим основаниям, предусмотренным законодательством РК и применимым для данного вида договоров.

5.2.4.  Неоплата услуги (или ее части, отраженной в прейскуранте) расценивается сторонами как одностороннее расторжение договора ЗАКАЗЧИКОМ.
5.2.5. Возобновление расторгнутого договора не производится.

**6. Прочие условия договора.**

6.1.1. ПАЦИЕНТ согласен на возможное использование ИСПОЛНИТЕЛЕМ или его сотрудниками данных, полученных при обследовании и лечении ПАЦИЕНТ, в том числе – слайдов, фотографий, моделей и т.д., для тиражирования, изучения другими стоматологами для учебных, научных или рекламных целей в публикациях, на стоматологических обществах и т.д., при условии неуказания ФИО и без четкого фото лица Пациента.
6.2.1. Лица или круг лиц, с которыми необходимо связаться в случае сильного ухудшения состояния ПАЦИЕНТА, потери сознания и т.п.:
ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тел\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тел\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6.2.2. Услуги по настоящему договору оказываются ПАЦИЕНТУ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**7. Дополнительные условия**

7.1.1. ПАЦИЕНТ должен осознавать, что при работе ИСПОЛНИТЕЛЯ с ним возможно выявление дополнительных патологий, что может повлечь изменения в плане лечения и дополнительные финансовые расходы со стороны ПАЦИЕНТА.

7.1.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ предоставляет ЗАКАЗЧИКУ гарантию на все виды работ, за исключением работ по следующим разделам стоматологии: хирургические стоматологические операции, зубная  имплантация, парадонтология (лечение тканей вокруг зуба), отбеливание зубов, ортодонтия (исправление неправильного положения зубов).
7.1.3.Гарантийные сроки устанавливаются ИСПОЛНИТЕЛЕМ с учетом индивидуальных особенностей лечения  ПАЦИЕНТА.
7.1.4. Ни одна сторона не вправе передавать свои права по настоящему договору третьей стороне без письменного согласия другой стороны.
7.1.5. Любые изменения и дополнения к Договору действительны в том случае, если они совершенны в письменной форме и подписаны обеими сторонами.
7.1.6 По письменному заявлению ЗАКАЗЧИКА ИСПОЛНИТЕЛЬ предоставляет копию медицинской документации или выписку о проведенном лечении.
7.1.6. ИСПОЛНИТЕЛЬ может по своему усмотрению устанавливать скидки на услуги. Размер скидок устанавливается ИСПОЛНИТЕЛЕМ самостоятельно. При установлении скидки отметка в медицинской карте ПАЦИЕНТА и (или) в наряде

**8. Ответственность сторон.**

8.1.1.  ИСПОЛНИТЕЛЬ несет ответственность за соблюдение норм использования медицинского оборудования и ведения медицинской документации, соблюдение санитарно-гигиенического режима, лечебных технологий, профессиональной этики.
8.1.2. В случае возникновения непредвиденных обстоятельств, не предусмотренных договором, стороны обсуждают их и принимают совместное решение в рамках законодательства РК.
8.1.3. ИСПОЛНИТЕЛЬ не несет ответственности перед ЗАКАЗЧИКОМ / ПАЦИЕНТОМ в случае:
- возникновения у ПАЦИЕНТА в процессе лечения или после его окончания проблем сугубо биологического характера, не связанных с нарушением ИСПОЛНИТЕЛЕМ лечебных технологий: рецидивов периодонтитов, повышения или снижения чувствительности слизистой оболочки полости рта, зубов и другое;

- осложнений по причине неявки ПАЦИЕНТА в указанный срок;
-возникновения аллергических реакций у ПАЦИЕНТА, не отмечавшего ранее проявления аллергии;

-переделки и исправления работы в другом лечебном учреждении, ремонта и исправления работы самим ПАЦИЕНТОМ.
8.1.4. Договор составлен в 2-х экземплярах, по одному для каждой из сторон, имеющих одинаковую юридическую силу.

**9. Разрешение споров.**

9.1.1. В случае возникновения разногласий между ИСПОЛНИТЕЛЕМ и ПАЦИЕНТОМ по поводу качества оказания услуги, стороны решают спор путем двусторонних переговоров.
9.1.2. В случаях, не предусмотренных настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством Республики Казахстан
Приложение № 1 – являются неотъемлемой частью настоящего Договора.

**10. Адреса, реквизиты и подписи сторон.**

|  |  |
| --- | --- |
| ИСПОЛНИТЕЛЬ | ПАЦИЕНТ |

# Документ разработан

# Единой Казахстанской Ассоциацией стоматологов

 Приложение
 к Договору № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.

**План стоматологического обследования и лечения.**

1. В соответствии с Договором Исполнитель в лице Врача-стоматолога \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_провел обследование полости рта и зубов Пациента и предлагается следующее обследование:

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

План лечения

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Общая стоимость указанных Услуг согласно прейскуранту составит\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пациент согласен:   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подписи сторон:

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

# Документ разработан

# Единой Казахстанской Ассоциацией стоматологов

Приложение № 2

к договору№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Форма информированного согласия пациента на оказание стоматологических услуг**

Информированное добровольное согласие на виды стоматологических вмешательств,

Я,

 (Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина)

« » г. рождения,

проживающий по адресу:

 (адрес места жительства гражданина либо законного

 представителя гражданина)

даю информированное добровольное согласие на виды стоматологических вмешательств, при оказании мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. гражданина, от имени которого выступает законный представитель)

« » г. рождения,

проживающему по адресу: ,

 (адрес места жительства гражданина, от имени которого

 выступает законный представитель)

стоматологической помощи

 .

 (полное наименование медицинской организации)

врачом-стоматологом

 (должность, Ф.И.О. врача-стоматолога, уполномоченного

 руководителем стоматологической организации)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания стоматологической помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов стоматологических вмешательств. При оказании стоматологической помощи гражданину, чьим законным представителем я являюсь, в случае моего отсутствия может присутствовать:

(Ф.И.О., данные документа, удостоверяющего личность, контактный телефон лица, которому предоставляется право присутствовать при оказании стоматологической помощи)

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

 (подпись) (Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина)

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

 (подпись) (Ф.И.О. медицинского работника, уполномоченного руководителем

 медицинской организации)

« » г.

 (дата оформления)