

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

Я, \_\_\_\_\_  
ФИО законного представителя (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) \_\_\_\_\_  
обратился(ась) в ООО «Дент-Арт-Восток» (далее Клиника) за стоматологическими услугами и добровольно подтверждаю следующее:

Лечащий врач предоставил мне гарантию конфиденциальности передаваемых ему сведений.

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

Мне предоставлена информация о Клинике: полное фирменное наименование, адрес местонахождения, режим работы, виды деятельности, сведения о лицензии (ее номер, срок действия и орган ее выдавший).

Я получил(ла) сведения о медицинских услугах, в т.ч. которые мне будут оказаны: качество оказания, основные потребительские свойства, перечень услуг и их стоимость (прейскурант), виды и объемы услуг, условия предоставления и получения (приобретения) услуг, правила (условия и порядок) оказания услуг, правила и условия эффективного и безопасного использования 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 услуг, а также информацию по адресам и телефонам вышестоящих организаций и органа защиты прав потребителей.

Я подтверждаю, что лечащий врач предоставил мне полную информацию о состоянии моего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Я информирован(на) 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,
- вследствие случайных, непредвиденных обстоятельств,
- при курении, употреблении алкоголя в любых количествах, наркотических и психотропных средств, а также наличии других вредных привычек.
- а также в силу несовершенства медицинской науки и ее методов.

Я информирован(на) о том, что после оказания стоматологических услуг могут возникнуть некоторые неудобства и болезненные ощущения, которые не могут считаться недостатками услуги (работы), так как являются неотъемлемой частью процесса адаптации организма, процесса заживления и восстановления зубочелюстной системы.

Я также информирован(на) 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 от ответственности Клинику.

Я информирован(на), что вправе в любой момент полностью, либо частично отказаться от предоставляемых стоматологических услуг, но при этом в доступной форме уведомлен(на) 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(на) 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(ла) 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(ла) 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 извещен(на) о том, что мне необходимо немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, невозможности выполнения настоящего документа, обязательств по договору, а также имею право предъявлять жалобы, замечания и предложения, в т.ч. директору Клиники.

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

В связи с вышесказанным, я информировано, добровольно и осознанно согласен(на) на предоставление мне стоматологических услуг, которые мне необходимы и являются наиболее оптимальными. Также я согласен(на) на рентгенологическое обследование, которое может потребоваться.

Мне разъяснено и я осознаю, что во время оказания стоматологических услуг могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен(на) на то, что вид и тактика оказания стоматологических услуг могут быть изменены врачами по их усмотрению. Я предупрежден(на), 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 также согласен(на) 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 клиента /  
представителя

Подпись врача