|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  пациента (родителей, законного представителя) на предварительный осмотр и консультацию  Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. полностью)  действуя в интересах\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_, (Ф.И.О. ребенка, подопечного полностью)  добровольно обращаюсь за медицинской помощью в ООО «ДентАЛ», предоставляю полностью имеющуюся на сегодняшний день информацию о состоянии /моего/ здоровья (здоровья моего подопечного) и соглашаюсь на проведение осмотра полости рта, манипуляций и исследований, включая рентгенологические исследования, диагностические оттиски, фотографии зубов (при необходимости) и любых других диагностических мероприятий, которые будут необходимы для получения максимально полной картины состояния здоровья, для постановки диагноза, составления и предварительного плана лечения, для возможности согласовать этот план со мной и дальнейшего лечения.  Мне известно, 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 моего здоровья (здоровья Потребителя).  Я так же получил в доступной форме информацию 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.  С прейскурантом и «Постановлением об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании стоматологических услуг в ООО «ДентАЛ» ознакомлен.  Я разрешаю сообщать информацию, полученную от меня и связанную с моим состоянием третьим лицам:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Ф.И.О. третьего лица, кем приходится, телефон)  Мне известно, что результаты лечения и гарантия на выполненную в дальнейшем врачом работу, зависят от состояния моего здоровья. В случае приема лекарственных препаратов перед посещением врача, мне необходимо сообщить об этом врачу. Я даю разрешение использовать любого врача и ассистента, участие которого в моем лечении будет необходимо. Я понимаю, что обязан оплатить услуги, которые будут оказаны мне, согласно прейскуранту.  Мои контактные телефоны\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Я разрешаю администраторам клиники звонить и отправлять смс-сообщения по указанным мной в анкете телефонам, чтобы напомнить о приёме, контрольном осмотре или сообщить о других изменениях в расписании клиники.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_г. подпись пациента (родителя, законного представителя)  Фамилия И.О., подпись врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | http://www.electrocit.ru/images/spacer.gif | http://www.electrocit.ru/images/spacer.gif |  |