

Центр Семейной Стоматологии ООО «Виола»
ИНН: 2466181116 КПП: 246601001
ОГРН: 1172468026620 ОКПО: 15412116
Юридический адрес: 660043, Красноярский край,
г.Красноярск, ул. Дмитрия Мартынова, дом № 43,
помещение 195
Телефон: 242-02-02
Email: viola21042017@mail.ru

Приложение №2
к договору № [CLIENT.HISTNUM]
на оказание платных медицинских услуг



ОТКАЗ

ОТ ВОЗМЕЗДНОГО МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА УСТАНОВКУ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ

Этот документ свидетельствует о том, что в соответствии со ст.19-23 Федерального закона N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», одним из условий оказания медицинской стоматологической помощи является наличие информированного добровольного согласия (ИДС) пациента (или его законного представителя) или отказ на ее получение. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением/отказом) медицинского стоматологического вмешательства.

Я, [CLIENT.FULLNAME] [CLIENT.BDATE] г.р. [CLIENT.PASSP_FULL], зарегистрирован по адресу: [CLIENT.ADDR_REG], добровольно обращаюсь в центр семейной стоматологии ООО «Виола», на момент составления настоящего отказа я проинформирован(а) лечащим врачом [TREAT.DFULLNAME] о поставленном мне диагнозе _____ и необходимости дентальной имплантации в области _____ зуба (-ов).

Врач стоматолог хирург центра семейной стоматологии ООО «Виола» подробно ознакомил меня с планом лечения, его сроками и стоимостью, а также со всеми возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех. Мне разъяснены и понятен характер и цель предложенного медицинского вмешательства по выбранному мной плану лечения.

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 29.07.2017) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» гражданин, достигший возраста 15 лет, имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения. Реализуя указанное право, я добровольно отказываюсь от медицинского вмешательства дентальная имплантация в области _____ зуба (ов), по причине не желая продолжать лечение, _____

Мне разъяснены и понятны возможные отрицательные последствия, которые могут наступить для моего здоровья, в связи с отказом от дентальной имплантации зуба (-ов), а именно атрофия костной ткани челюсти в области отсутствующих зубов, что может привести к воспалению десен и подвижности зубов в связи с дополнительной нагрузкой на них, что, в свою очередь, может повлечь их удаление. Также возможно возникновение патологии височно-нижнечелюстного сустава, иррадиирующей боли в заднем шейном отделе и в мышцах лица, головной боли и утомляемости жевательных мышц; могут возникнуть нарушения вплоть до окончательной утраты жизненно важной функции организма - пережевывания пищи, что сказывается на процессе пищеварения и поступлении в организм необходимых питательных веществ, а также нередко является причиной развития заболеваний желудочно-кишечного тракта воспалительного характера; нарушения артикуляции и дикции могут сказаться на моих коммуникационных способностях, эти нарушения вкупе с изменениями внешности вследствие утраты зубов и развивающейся атрофии жевательных мышц могут обусловить изменения психоэмоционального состояния вплоть до нарушений психики.

Мне разъяснено и понятно, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид медицинского вмешательства.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) всё вышеизложенное, имел(а) возможность узнать значение всех медицинских терминов, упомянутых в настоящем документе, обсудить с врачом стоматологом хирургом все интересующие меня и непонятные мне вопросы, связанные с дентальной имплантацией зуба (ов) и отказом от продолжения лечения у Исполнителя.

Мой отказ от медицинских вмешательств является свободным и добровольным, я не испытывал(а) какого-либо давления при принятии решения о нём.

Я подтверждаю своей подписью, что добровольно полностью отказываюсь от медицинских вмешательств по Договору [CLIENT.HISTNUM] – дентальной имплантации зуба (ов) у Исполнителя, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / [CLIENT.FULLNAME]

Подпись врача: _____ / [TREAT.DFULLNAME]
[BDate]

Центр семейной стоматологии ВИОЛА
violafamilydent.ru