

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 ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Я, [CLIENT.FULLNAME] [CLIENT.BDATE] г.р. паспорт: [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 ортодонтического лечения.

Врач ортодонт центра семейной стоматологии ООО «Виола» меня подробно ознакомили с планом ортодонтического лечения, его сроками и стоимостью, а также со всеми возможными альтернативными вариантами лечения, которые в нашем случае будут иметь меньший клинический успех. Мне разъяснены и понятны характер и цели предложенных медицинских вмешательств, ортодонтического лечения 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 медицинских вмешательств, перечисленных в выбранном мною плане ортодонтического лечения. Причиной отказа от ортодонтического лечения является инициатива Пациента, нежелание продолжать ортодонтическое лечение у Исполнителя,

Мне разъяснены и понятны возможные отрицательные последствия, которые могут наступить для моего здоровья, в связи с прекращением ортодонтического лечения (отказом от медицинских вмешательств, перечисленных в плане лечения): усугубление нарушений прикуса, перегрузка отдельных зубов с их неконтролируемым перемещением и разрушением, прогрессирование стираемости зубов, появление (усугубление) лицевой асимметрии; появление дисфункции височно-нижнечелюстного сустава; избыточное перемещение, излишняя подвижность зубов, усиление зубоальвеолярных деформаций; заболевания пародонта; опускание десны (оголение шейки зубов); частичное рассасывание корней зубов; появление болей, дискомфорта и иные неблагоприятные последствия. Я понимаю все последствия отказа от продолжения лечения и самостоятельно несу риски наступления перечисленных неблагоприятных последствий.

Мне разъяснено и понятно, что, во избежание негативных последствий, я должен(на) продолжить ортодонтическое лечение моему ребенку в другой медицинской организации, выбрав вместе с лечащим врачом оптимальный план лечения и закончить лечение согласно избранному плану.

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 (такие виды) 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 отордонтом все интересующие меня и непонятные мне вопросы, связанные с ортодонтическим лечение 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] – ортодонтического лечения у Исполнителя, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / [CLIENT.FULLNAME]

Подпись врача: _____ / [TREAT.DFULLNAME]

[BDate]

Центр семейной стоматологии ВИОЛА
violafamilydent.ru

_____ ознакомлен (-а), согласен (-сна)