

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 ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО

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. паспорт: [CLIENT.PASSP_FULL], зарегистрирован по адресу: [CLIENT.ADDR_REG], являюсь законным представителем ребенка [CLIENT.FULLNAME] [CLIENT.BDATE] г.р., добровольно обращаюсь в центр семейной стоматологии ООО «Виола», на момент составления настоящего отказа я проинформирован(а) лечащим врачом [TREAT.DFULLNAME] о поставленном диагнозе моему ребенку _____ и необходимости ортодонтического лечения.

Врач ортодонт центра семейной стоматологии ООО «Виола» меня подробно ознакомили с планом ортодонтического лечения у моего ребенка, 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 моему ребенку 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, предназначенных моему ребенку, перечисленных в выбранном мной плане ортодонтического лечения. Причиной отказа от ортодонтического лечения является инициатива законного представителя несовершеннолетнего Пациента, нежелание продолжать ортодонтическое лечение у Исполнителя,

Мне разъяснены и понятны возможные отрицательные последствия, которые могут наступить для здоровья моего ребенка, 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-ортодонтом все интересующие меня и непонятные мне вопросы, связанные с ортодонтическим лечением моему ребенку 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 лечение моего ребенка у Исполнителя, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись законного представителя: _____ / [REPRES.FULLNAME]

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

Семейной стоматологии ВИОЛА
violafamilydent.ru