

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 ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО РЕБЕНКА

В соответствии со ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» 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, [REPRESENTATIVE.FULLNAME] [REPRESENTATIVE.BDATE] г.р. [REPRESENTATIVE.PASSP\_FULL], зарегистрирован по адресу: [REPRESENTATIVE.ADDR\_REG], являюсь законным представителем ребенка [CLIENT.FULLNAME] [CLIENT.BDATE] г.р. добровольно обращаюсь в центр семейной стоматологии ООО «Виола» для проведения стоматологического лечения моему ребенку. Я проинформирован(а) лечащим врачом [TREAT.DFULLNAME] о установленном моему ребенку диагнозе \_\_\_\_\_ и необходимости проведения ортопедического лечения (протезирования) моему ребенку. Врач стоматолог центра семейной стоматологии ООО «Виола» мне подробно разъяснил о предложенном моему ребенку плане лечения, его цели, сроках и стоимости, а также о всех возможных альтернативных вариантах лечения, которые в его (ребенка) случае могут иметь меньший клинический успех.

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, ортопедического лечения моего ребенка, по собственной инициативе, я не желаю проводить ортопедическое лечение (протезирование) моему ребенку. Мне разъяснены и понятны возможные отрицательные последствия, которые могут наступить для здоровья моего ребенка, в связи с моим отказом от ортопедического лечения (протезирования): перелом зуба, перелом корня зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой, после эндодонтического лечения, снижение и (или) прогрессирование нарушения жевания, зубоальвеолярные деформации, нарушения речи, эстетики, прогрессирование заболеваний пародонта, нарушения прикуса, мышечная и (или) суставная дисфункция, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейрпатология и др. \_\_\_\_\_

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 все интересующие меня и непонятные мне вопросы, связанные с протезированием зубов моего у моего ребенка и отказом от ортопедического лечения моему ребенку. Мой отказ от медицинского вмешательства, ортопедического лечения (протезирования) моему ребенку является свободным и добровольным, я не испытывал(а) какого-либо давления при принятии решения о нём. Я подтверждаю своей подписью, что добровольно отказываюсь от медицинского вмешательства по Договору [CLIENT.HISTNUM] – на ортопедического лечения (протезирования) моему ребенку, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ / [CLIENT.FULLNAME]

Подпись врача: \_\_\_\_\_ / [TREAT.DFULLNAME]  
[BDate]