

лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях, о графике работы, уровне образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении мне платных медицинских услуг, об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, о состоянии моего здоровья, о правилах и условиях эффективного и безопасного использования результатов оказанных медицинских услуг, о перечне платных медицинских услуг Исполнителя, их стоимости, положении о гарантиях и сроках службы на овеществленные результаты оказанных услуг, о правилах использования установленных стоматологических конструкций. Мне разъяснено и понятно, что в ходе выполнения консультации может возникнуть необходимость расширения обследования.

Я подтверждаю, что в Анкете здоровья назвал(а) все известные мне заболевания, имеющиеся в прошлом и настоящем у моего ребенка.

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

Я разрешаю использовать информацию о заболевании моего ребенка, без указания имени и фамилии, фотографии и видео его зубов (без лица) и полости рта в научных и учебных целях, публикации на сайте клиники, социальных сетях, для публикации в научной литературе, а также предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных услуг Страховщику.

Я предупрежден (на) и даю согласие на фото и видео съемку в Центре семейной стоматологии ООО «Виола», для контроля качества оказания медицинской помощи.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской амбулаторной карты пациента, договора на оказание платных стоматологических услуг и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Мной заданы все интересующие меня вопросы и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них, мне понятны все слова и медицинские термины, использующиеся в настоящем документе.

Я проинформирован(-а) об особенностях предстоящего консультативно-диагностического приема и даю свое согласие приступить к консультации, на предложенных мне условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись законного представителя: _____ / [REPRES.FULLNAME]

Подпись врача: _____ / [TREAT.DFULLNAME]

[BDate]