

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 СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

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], 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 лечения \_\_\_\_\_ зуба (-ов).

Врач стоматолог терапевт центра семейной стоматологии ООО «Виола» меня подробно ознакомили 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 понятны характер и цели предложенных медицинских вмешательств 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 лечения \_\_\_\_\_ 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 лечения зуба (-ов), а именно инфекционные осложнения, образование кисты, прогрессирование кариозного процесса и переход его в запущенную стадию с поражением пульпы зуба и окружающей кости, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, общесоматические заболевания (желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы), появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба, прогрессирование имеющихся у меня заболеваний (в том числе общих), развитие инфекционных осложнений, а также \_\_\_\_\_

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 терапевтом все интересующие меня и непонятные мне вопросы, связанные с лечением (кариеса, некариозных поражений эмали, эндодонтического лечения) 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] – лечение зуба (ов) у Исполнителя, о чем расписываюсь собственноручно.

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

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

Центр семейной стоматологии ВИОЛА  
violafamilydent.ru