**Приложение № 1** к договору №

 от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201 года

**Соглашение об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг**

**(Предварительная смета)**

г. Пенза " " 201 г.

Я, пациент *,*

карта пациента № , в рамках договора об оказании платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги в ООО «Дантист»,при этом мне разъяснено и мною осознано, следующее:

1. Я, получив от сотрудников ООО «Дантист» полную информацию о возможности и условиях
предоставления мне бесплатных медицинских услуг в других лечебных учреждениях г.Пензы (по полису
«Обязательного медицинского страхования»), в рамках программ получения бесплатной медицинской
помощи, даю свое согласие на оказание мне **платных стоматологических услуг и готов их оплатить.**

1. Мне разъяснено, что я могу получить один из видов платных стоматологических услуг, который оказывает стоматологическая клиника ООО «Дантист».
2. Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат и что при проведении лечения и после него, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.
3. Я согласен с тем, что используемая технология стоматологической помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ООО «Дантист»не несет ответственности за их возникновение.
4. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей стоматологической клиники:

а) Соблюдение гигиены полости рта;

б) Соблюдение плана лечения;

в) Соблюдение режима проводимых процедур;

г) Явка на профилактический осмотр 1 раз в 6 месяцев;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом, выбраны
следующие виды медицинских стоматологических услуг, которые я хочу получить в стоматологической клинике ООО «Дантист» и согласен(на) оплатить: (нужное отметить)

а) терапевтическое лечение;

б) ортопедическое лечение;

в) хирургическое лечение;

г) ортодонтическое лечение

7. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом, утвержденным директором ООО
«Дантист» и согласен оплатить стоимость указанных стоматологических услуг в соответствии с
ним.

8. Виды выбранных мною платных стоматологических услуг согласованы с врачом, и я даю свое
согласие на их оплату в кассу (по безналичному перечислению, за наличный расчет) ООО «Дантист», согласно действующему прейскуранту.

9. Я проинформирован, что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить
медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение
указанной медицинской услуги в стоматологической клинике ООО «Дантист».

10. Предварительный план лечения

|  |  |
| --- | --- |
| 18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28 |
| 48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Диагностика, процедуры, манипуляции, лечение | № зубов |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Предварительная стоимость услуг (работ) составляет руб.

11. Настоящее соглашение мною прочитано, и я даю согласие на оказание мне данных видов стоматологических услуг.

Пациент:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество, паспортные данные и подпись пациента)

Настоящее соглашение подписано пациентом на приеме у лечащего врача после проведения разъяснительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

Ф.И.О. врача \_\_\_\_

Директор Ануфриева Л.В.

 (фамилия, имя, отчество ответственного лица)

 М.П.