

Договор № \_\_\_\_\_

об оказании платных медицинских услуг

г. Ставрополь

Дата «\_\_»\_\_\_\_20\_\_г.

**Общество с ограниченной ответственностью «Мал-Мак»**, в лице директора Кожуровой Ольги Петровны, действующей на основании устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель» с одной стороны, и гражданин (-ка) ФИО законного представителя - , статус - , адрес регистрации - , действующий (-ая) в интересах несовершеннолетнего лица: ФИО ребёнка - , дата рождения ребёнка - «\_\_»\_\_\_\_20\_\_г., именуемый (-ая) в дальнейшем «Пациент» и «Законный представитель», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. Сведения об Исполнителе:**

- 1.1. Наименование: Общество с ограниченной ответственностью «Мал-Мак» (ООО «Мал-Мак»);
- 1.2. Адрес места нахождения юридического лица: 355003, г. Ставрополь, ул. Мастерская, д 24, А;
- 1.3. Адрес места оказания медицинских услуг: **г. Ставрополь, ул. Тухачевского, 26/10, номер на поэтажном плане: 289-293. Этаж:1;**
- 1.4. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществляющего государственную регистрацию: Свидетельство о государственной регистрации серия 26 номер 000723696, ОГРН 1022601959544, выдано ИМНС России по промышленному району г. Ставрополя;
- 1.5. Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа:

**Лицензия ЛО-26-01-00-29-99 от 17.04.2015 г.**

**Перечень работ (услуг)**, составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией: При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи: 1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: Сестринскому делу 4) При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: ортодонтии Организации здравоохранения и общественному здоровью Стоматологии детской.

Лицензия Исполнителя находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» <http://www.malmak.ru/>

Все стоматологические услуги оказываются Исполнителем при неукоснительном соблюдении лицензионных требований и условий, требований Закона РФ «О защите прав потребителей», Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, Федерального закона РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

**2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

2.1. На условиях настоящего Договора Исполнитель обязуется оказать Пациенту на возмездной основе медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а Пациент (Законный представитель) обязуется принять и оплатить медицинские услуги в порядке и в сроки, установленные в Договоре.

2.2. В рамках настоящего договора оказываются услуги по стоматологии терапевтической, стоматологии ортодонтической, стоматологии детской. Конкретный перечень стоматологических услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим Договором, объем работ и услуг, сроки их оказания содержатся в Приложении № 1 к настоящему Договору, являющейся его неотъемлемой частью. Все услуги оказываются квалифицированными специалистами и на оборудовании, имеющем сертификаты и регистрационные удостоверения МЗСР РФ.

2.3. Объем оказываемых по настоящему Договору услуг определяется желанием Пациента (Законного представителя) и организационно-техническими возможностями Исполнителя. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия Пациента (Законного представителя) на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником Исполнителя в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

2.4. Перечень и стоимость медицинских услуг, оказываемых Исполнителем, содержатся в действующем на момент заключения настоящего договора Прейскуранте. Изменения стоимости оказываемых услуг своевременно доводятся до Пациента (Законного представителя).

2.5. В момент подписания настоящего Договора Пациент (Законный представитель) ознакомлен с перечнем работ (услуг), отраженных в лицензии на медицинскую деятельность (п.п. 1.5 настоящего Договора), Прейскурантом Исполнителя, понимает содержащуюся в нем информацию, согласен с действующими ценами на медицинские услуги, а также уведомлен о том, что оплаченные денежные средства по настоящему Договору не подлежат возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

*Подпись*

*расшифровка подписи*

В момент заключения настоящего Договора Пациент (Законный представитель) информирован о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы

государственных гарантий и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/

*Подпись* *расшифровка подписи*

2.6. Подписывая настоящий Договор, получив в доступной форме информацию о состоянии здоровья, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, а также о результатах проведенного лечения, Пациент (Законный представитель) дает свое согласие на обработку его персональных данных (Приложение № 2) и предоставление платных медицинских услуг, оговоренных в настоящем Договоре. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/

*Подпись* *расшифровка подписи*

2.7. Пациент (Законный представитель) уведомлен о том, что несоблюдение им указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество оказываемой услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/

*Подпись* *расшифровка подписи*

2.8. Исполнитель оказывает медицинские услуги по месту нахождения детского стоматологического кабинета, по адресу: **г. Ставрополь, ул. Тухачевского, 26/10, номер на поэтажном плане: 289-293. Этаж:1**, проведение лечения возлагается на \_\_\_\_\_, ФИО лечащего врача - \_\_\_\_\_, который вместе с Исполнителем несет солидарную ответственность за качество предоставленных медицинских услуг.

2.9. Предоставление медицинских услуг Пациенту происходит в порядке предварительной записи Пациента на прием к специалистам Исполнителя. Предварительная запись Пациента на прием к специалистам Исполнителя осуществляется лично Пациентом (Законным представителем) через регистратуру (рецепшн) Исполнителя либо посредством телефонной связи. Телефон регистратуры Исполнителя: **49-98-39**.

2.10. В случае необходимости получения Пациентом неотложной медицинской помощи медицинские услуги предоставляются Пациенту без предварительной записи и/или вне установленной очередности.

### 3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

#### 3.1. Права и обязанности Исполнителя:

##### Исполнитель обязуется:

3.1.1. Осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами РФ, в том числе с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения РФ.

3.1.2. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах, в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

3.1.3. Предупредить Пациента (Законного представителя) в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных в Договоре, и в случае предоставления дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента (при внезапных ситуациях) оказывать дополнительные услуги без взимания платы.

3.1.4. Обеспечивать применение разрешенных к применению в Российской Федерации лекарственных препаратов, медицинских изделий, дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных средств, расходных материалов, изделий медицинского назначения, медицинского оборудования.

3.1.5. Своевременно и качественно оказывать Пациенту медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора, предоставлять Пациенту (Законному представителю) достоверную информацию об оказываемой медицинской помощи, разъяснения и рекомендации о необходимости и способах лечения.

3.1.6. После первичного обследования (первичной консультации) предоставить Пациенту (Законному представителю) полную и достоверную информацию в устной форме:

- о состоянии полости рта в рамках специализации врача;
- о возможных в конкретном случае вариантах лечения, профилактики, медикаментах, материалах и их эффективности;
- о противопоказаниях, возможных осложнениях и временном состоянии дискомфорта, которое может возникнуть в процессе проведения стоматологической услуги и после нее;
- о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать пациенту для сохранения достигнутого результата стоматологической услуги.

3.1.7. Информировать пациента (Законного представителя) о гарантийных сроках лечения и эффективности лечебных методик. Ознакомить Пациента (Законного представителя) с Положением о гарантиях. Исполнитель обязуется исправить за свой счет недостатки, возникшие по его вине, в течение установленного гарантийного срока.

3.1.8. Обеспечить качество стоматологической услуги, с использованием современных технологий, оборудования и материалов.

3.1.9. Информировать Пациента (Законного представителя) о стоимости услуги до ее оказания.

3.1.10. По факту оказанной услуги Исполнитель предоставить Пациенту (Законному представителю) документ, подтверждающий оплату им оказанной услуги, установленного образца (согласно п. 24 Постановления Правительства РФ № 1006).

3.1.11. Обеспечить Пациента (Законного представителя) в установленном порядке информацией, в том числе в сети «Интернет», включающей в себя сведения о перечне платных медицинских услуг и их стоимости, порядке их оплаты, месте, порядке и условиях оказания услуг, сведениями о медицинских работниках (их квалификации,

уровне образования), режиме работы (графике работы) медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг.

**3.1.12.** Вести медицинскую документацию в установленном порядке и обеспечить Пациенту (Законному представителю) непосредственное ознакомление по его письменному требованию с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья (включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях и т. п.) и выдать копии этих медицинских документов либо выписку из медицинской карты. (Медицинская карта стоматологического больного является медицинским документом и хранится у Исполнителя 5 лет).

**Исполнитель имеет право:**

3.1.13. Требовать от Пациента (Законного представителя) надлежащего исполнения обязательств по настоящему договору.

3.1.14. Самостоятельно определять график консультаций и процедур и график работы специалистов. Внесение изменений в доступный для ознакомления график работы специалистов не является ненадлежащим выполнением условий настоящего договора.

3.1.15. Отступить от запланированного графика лечения в случае опоздания Пациента и занятости специалиста Исполнителя, непосредственно осуществляющего лечение.

3.1.16. Заменить лечащего врача при наступлении объективной невозможности проводить лечение данным специалистом, а также при необходимости направить Пациента для консультации к другим специалистам. Замена производится с согласия Пациента (Законного представителя).

3.1.17. В случае отсутствия (по объективной причине) лечащего врача-стоматолога в запланированный день приёма и невозможности предупредить об этом Пациента (Законного представителя) заранее, Исполнитель вправе назначить с согласия Пациента (Законного представителя) для него другого лечащего врача, либо перенести прием на другое удобное для Пациента (Законного представителя) время.

3.1.18. В лице специалистов Исполнителя осуществлять выбор тактики и методики лечения, подбор материалов и медикаментов, определять количество диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, при условии необходимости их осуществления.

3.1.19. Отказать в оказании платных медицинских услуг при выявлении противопоказаний у Пациента.

3.1.20. Отказать Пациенту в оказании медицинской помощи в случае нарушения им условий п. 3.2. настоящего Договора.

**3.2. Права и обязанности Пациента (Законного представителя):**

**Пациент (Законный представитель) обязуется:**

3.2.1. Своевременно и в полном объеме оплачивать предоставленные Центром медицинские услуги, в соответствии с условиями настоящего Договора.

3.2.2. До оказания медицинской помощи информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, точно выполнять назначения врача по лечению, а также указания, предписанные на период после оказания услуг.

3.2.3. Выполнять Правила внутреннего распорядка, режим Исполнителя, требования и предписания медицинского персонала Исполнителя как необходимые условия предоставления ему качественной медицинской помощи.

3.2.4. Выполнять личные санитарно-гигиенические процедуры, направленные на поддержание своего здоровья и санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя.

3.2.5. Бережно относиться к имуществу Исполнителя. В случае причинения ущерба Исполнителя вследствие утраты или порчи имущества, вызванного действиями или бездействием Пациента и/или лиц его сопровождающих Пациент (Законный представитель) обязуется в течение трех календарных дней возместить Исполнителю действительный нанесенный ущерб в полном объеме.

3.2.6. При необходимости временной приостановки лечения более чем на семь дней уведомить Исполнителя в форме, позволяющей объективно установить факт отправки уведомления Пациентом (Законным представителем) и факт получения уведомления Исполнителем.

**Пациент (Законный представитель) имеет право:**

3.2.7. На выбор врача-специалиста.

3.2.8. На профилактику, диагностику, лечение в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.

3.2.9. На получение консультаций врачей-специалистов.

3.2.10. На получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, на выбор лиц, которым в интересах Пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.

3.2.11. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну.

3.2.12. На отказ от медицинского вмешательства.

3.2.13. На возмещение вреда, причиненного здоровью Пациента при оказании ему медицинской помощи, в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

3.2.14. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

#### 4. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

4.1. Стоимость и порядок расчетов предоставляемых медицинских услуг определяется в Приложении № 1 к настоящему Договору.

## 5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ

- 5.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует до фактического выполнения обязательств, принятых Сторонами по настоящему Договору.
- 5.2. Настоящий Договор может быть изменен либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, оформленному в виде Соглашения и подписанному Исполнителем и Пациентом (Законным представителем).
- 5.3. Настоящий Договор может быть досрочно прекращен в одностороннем порядке в случае невыполнения одной из Сторон обязательств по настоящему Договору.
- 5.4. В случае полного отказа Пациента (Законного представителя) от получения медицинских услуг после заключения Договора и оплаты услуг Договор расторгается. При этом Пациенту (Законному представителю) возвращаются денежные средства в полном объеме. В случае частичного отказа от оказания услуг Пациенту (Законному представителю) подлежат возврату денежные средства пропорционально объему оказанных услуг.

## 6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 6.1. Исполнитель несет ответственность перед Пациентом за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента в размере реально причиненного ущерба.
- 6.2. При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам исполнения услуг Пациент вправе по своему выбору:
- назначить новый срок оказания услуги;
  - потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги;
  - потребовать исполнения услуги другим специалистом;
  - расторгнуть настоящий Договор и потребовать возмещения убытков.
- 6.3. Исполнитель не несет ответственности в случае возникновения осложнений связанных с несвоевременным посещением и выполнением назначений врача, с предоставлением Пациентом недостоверных сведений о состоянии своего здоровья.
- 6.4. В случае возникновения осложнений, по вине Исполнителя, если осложнения потребовали оказания экстренной медицинской помощи. Исполнитель обязан устранить их без дополнительной оплаты.
- 6.5. Исполнитель освобождается от ответственности за невыполнение или ненадлежащее выполнение обязанностей по договору, если неисполнение или ненадлежащее исполнение произошли по независящим от Исполнителя причинам, вследствие непреодолимой силы.
- 6.6. Пациент (Законный представитель) обязан возместить Исполнителю убытки, вызванные неисполнением обязанностей по договору или противоправными действиями Пациента.

## 7. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

- 7.1. Все возникшие разногласия стороны будут стремиться разрешить путем переговоров.
- 7.2. Претензионный порядок досудебного урегулирования спора является обязательным. Претензия предъявляется в письменном виде и рассматривается Исполнителем в течение 10 рабочих дней с момента ее получения, в случае недостижения Сторонами согласия, споры подлежат рассмотрению в судебном порядке.
- 7.3. Во всем, что не урегулировано настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством.

## 8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ.

- 8.1. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны Сторонами.
- 8.2. Настоящий Договор составлен в двух (трех) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

## 9. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН.

<p><b>Исполнитель:</b>                  ООО «Мал-Мак»                  ОГРН 1022601959544                  ИНН 2634042710 КПП 263501001                  Адрес местонахождения юр. Лица: 355003, г. Ставрополь, ул. Мастерская, д 24, А                  Адрес фактического нахождения: г. Ставрополь, ул. Тухачевского, 26/10, номер на поэтажном плане: 289-293. Этаж:1                  Тел.: 8-928-321-10-56/49-98-39</p> <p>Mail-to: <a href="mailto:kozhirova.olga@yandex.ru">kozhirova.olga@yandex.ru</a></p> <p>Лицензия ЛО-26-01-00-29-99 от 17.04.2015 г.                  Директор _____/О.П. Кожурова/                  М.П.</p>	<p><b>Законный представитель:</b>                  ФИО законного представителя -</p> <p>документ, удостоверяющий личность -</p> <p>серия и № - 0</p> <p>дата выдачи - 14.08.2015</p> <p>кем выдан -</p> <p>адрес регистрации -</p> <p>Тел. № - 0</p> <p>Подпись</p>
--	---



## АКТ

оказанных медицинских услуг

по договору на оказание платных медицинских услуг от «\_\_\_»\_\_\_20\_\_г. № 146

**Общество с ограниченной ответственностью «Мал-Мак»**, в лице директора Кожуровой Ольги Петровны, действующей на основании устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель» с одной стороны, и гражданин (-ка) \_\_\_\_\_, статус —мать, действующий (-ая) в интересах несовершеннолетнего лица: \_\_\_\_\_, дата рождения ребёнка - 12.07.2011г, именуемый (-ая) в дальнейшем «Пациент» и «Законный представитель», с другой стороны, составили настоящий акт о нижеследующем:

В период с «\_\_\_»\_\_\_20\_\_г. по «\_\_\_»\_\_\_20\_\_г. ООО «Мал-Мак» в детском стоматологическом кабинете по адресу: **Ставрополь, ул. Тухачевского, 26/10, номер на поэтажном плане: 289-293. Этаж:1** оказаны медицинские услуги Пациенту \_\_\_\_\_ в составе:

п/п	Наименование услуги	Кол-во	Цена (руб)	Сумма (руб)
1	Первичная консультация	1		
2	Удаление зубного налета и чистка пастой молочных зубов	6		
3	Глубокое фторирование эмали	6		
Итого:				

Всего оказано услуг - \_\_\_\_\_ рублей 00 копеек.

Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Пациент (законный представитель) претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

\_\_\_\_\_/Кожурова О.П./

М.П.

**СОГЛАСИЕ СУБЪЕКТА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)  
НА ОБРАБОТКУ ЕГО ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

дата рождения ребёнка - «___»___20__г.
ФИО законного представителя -
статус -
адрес регистрации -
документ, удостоверяющий личность -
дата выдачи - «___»___20__г., серия и № - 0
кем выдан -

Даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Мал-Мак» (далее – Оператор), расположенному по адресу: 355000, г. Ставрополь, ул. Мастерская, д. 24, А, на обработку персональных данных для осуществления медико-профилактических целей, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицами, профессионально занимающимися медицинской деятельностью и обязанными в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну по следующему перечню персональных данных: фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), пол, дата рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, место жительства, место регистрации, дата регистрации, страховой номер индивидуального лицевого счета, номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица, анамнез, диагноз, сведения об организации, оказавшей медицинские услуги, вид оказанной медицинской помощи, условия оказания медицинской помощи, сроки оказания медицинской помощи, объем оказанной медицинской помощи, результат обращения за медицинской помощью, серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии), сведения об оказанных медицинских услугах, примененные стандарты медицинской помощи, сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу.

Предоставляю Оператору право осуществлять ведение персонализированного учета при осуществлении медицинской деятельности.

В случае если Оператор поручит обработку персональных данных другому лицу, ответственность перед субъектом персональных данных за действия указанного лица несет Оператор. Лицо, осуществляющее обработку персональных данных по поручению Оператора, несет ответственность перед Оператором.

Даю согласие субъекта персональных данных на обработку моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица) в течение срока хранения медицинской карты стоматологического больного (форма медицинской документации № 043/У) – пять лет.

Оставляю за собой право отозвать согласие субъекта персональных данных (законного представителя) на обработку его персональных данных посредством составления соответствующего письменного заявления, которое будет вручено лично под расписку представителю Оператора или направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении.

Дата — «\_\_\_»\_\_\_20\_\_г.

Законный представитель субъекта персональных данных

\_\_\_\_\_ /

**Информированное, добровольное согласие законного представителя ребенка на стоматологическое лечение**

Я, \_\_\_\_\_, статус - \_\_\_\_\_ даю информированное добровольное согласие на проведение **стоматологического лечения** моему ребенку \_\_\_\_\_, дата рождения ребёнка - «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Специалистом ООО «Мал-Мак»: \_\_\_\_\_ в детском стоматологическом кабинете «Зубастики» по адресу: г. Ставрополь, ул. Тухачевского, 26/10, номер на поэтажном плане: 289-293. Этаж: 1.

*Согласно ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и Пр. Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 г. № 1177н мне разъяснено и мною понято следующее:*

1. В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.
2. Мне разъяснено моё право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 ФЗ от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ .
3. Я получил(а) от сотрудников ООО «Мал-Мак» полную информацию о возможности и условиях предоставления медицинских услуг. Даю свое согласие на оказание медицинских услуг моему ребенку, в рамках оговоренного и подписанного мною плана лечения.
4. Мне составлена и разъяснена полная смета на **стоматологическое лечение** моего ребенка. Я согласен (-на) оплатить заранее оговоренные медицинские услуги.
5. Мне понятен план лечения. Я ознакомлен (-а) с его стоимостью. У меня была возможность задать все интересующие меня вопросы по технологиям лечения и по стоимости лечения. На свои вопросы я получил(-а) исчерпывающие ответы.
6. Я осознаю, что любые медицинские процедуры и манипуляции имеют фактор риска. Обо всех рисках и негативных явлениях, а также о вероятности наступления осложнений меня проинформировали заранее. Я информирован (-на), что в учреждении имеются все необходимое для оказания стоматологической и экстренной помощи.
7. Меня уведомили об обязательном присутствии в стоматологическом кабинете родителей или лиц, их замещающих, при проведении любых медицинских процедур моему ребенку.
8. Я понимаю и даю свое согласие на изменение плана лечения в процессе прохождения лечения, если это будет сделано по медицинским показаниям и для блага моего ребенка. В таких ситуациях может потребоваться изменение стоимости медицинских услуг. Мне объяснили, и я понимаю, что при оказании любой медицинской помощи могут появляться обстоятельства, не спланированные заранее в процессе лечения.
9. Я доверяю врачу в выборе материалов. Я понимаю, что в процессе лечения каждого конкретного зуба может возникнуть необходимость **эндодонтического лечения** (удаления нерва и лечения корневых каналов), увеличивает сроки и стоимость лечения. Врач разъяснил мне возможные осложнения, которые могут возникнуть во время и после лечения корневых каналов, а также вследствие отказа от такого лечения.
10. Я понимаю необходимость рентгеновской диагностики и контроля качества лечения. В будущем обязуюсь приводить моего ребенка на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с врачом, но не реже 1 раза в 6 месяцев).
11. Я понимаю, что в отдельных случаях может потребоваться **ортодонтическое лечение** (профилактика аномалий прикуса). Я ознакомлен(а) с примерными сроками лечения, согласен (-на) с их возможным увеличением в силу индивидуальной реакции организма на процесс лечения. Я понимаю, что, несмотря на качественно проводимое лечение, некоторые побочные явления и осложнения.
12. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов, мой ребенок должен исполнять все назначения, рекомендации и советы специалистов ООО «Мал-Мак».
13. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение моему ребенку.

**Подпись представителя пациента** \_\_\_\_\_

**Подпись врача** \_\_\_\_\_

Дата - «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.