

<p>2.3. Пациент обязуется:</p> <p>2.3.1. Предоставлять Исполнителю полную информацию, касающуюся состояния своего здоровья.</p> <p>2.3.2. Выполнять назначения и рекомендации специалистов (врачей) Исполнителя. 2.3.3. Своевременно оплачивать стоимость услуг Исполнителя.</p> <p>2.3.4. В случае отказа от назначений и рекомендаций Исполнителя, давать соответствующую расписку об отказе от медицинского вмешательства.</p> <p>2.3.5. Являться на лечение в установленное время, согласованное врачом.</p> <p>2.3.6. Немедленно извещать Исполнителя о любых осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе лечения.</p> <p>2.4. Пациент имеет право:</p> <p>2.4.1. Получать информацию об объеме, стоимости, результатах предоставленных стоматологических услуг.</p> <p>2.4.2. В доступной форме получать полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, а также о возможных и предлагаемых методах лечения, связанном с ними риске, их последствиях и ожидаемых результатах лечения. По письменному заявлению Пациента ему в десятидневный срок могут быть предоставлены копии медицинских документов.</p> <p>2.4.3. Расторгнуть данный Договор, уведомив исполнителя в письменной форме и уплатив фактически понесенные Исполнителем расходы.</p> <p>3. Стоимость и порядок оплаты услуг.</p> <p>3.1. Цена услуг по настоящему договору состоит из суммы цен, указанных в прейскуранте, за каждую консультативную, диагностическую, лечебную услугу, формируемую на основании плана лечения. Подписанием настоящего договора Пациент подтверждает факт ознакомления с прейскурантом Исполнителя.</p> <p>3.2. Оплата услуг, предоставляемых по данному договору, производится Пациентом в порядке предварительной оплаты, составляющей не менее 10% от общей суммы договора. Окончательная оплата осуществляется не позднее даты завершения лечения.</p> <p>3.3. Общая сумма договора составляет _____ рублей.</p> <p>4. Гарантийные обязательства</p> <p>4.1. Исполнитель обязуется предоставлять гарантию на услуги в течении одного года, объяснив Пациенту условия, при которых гарантийные обязательства сохраняются.</p> <p>4.2. Гарантийные обязательства не сохраняются в случае выявления или возникновения у Пациента в период действия гарантийного срока заболевания внутренних органов, а также изменения физиологического состояния организма (беременность, длительный прием лекарственных препаратов при лечении других заболеваний, при возникновении новых заболеваний, вредные внешние воздействия), которые напрямую или косвенно приводят к изменению в зубах и окружающих их тканях.</p> <p>5. Ответственность сторон</p> <p>5.1. В случае, если Пациент не предоставил или предоставил не в полном объеме информацию, необходимую для качественного выполнения стоматологических услуг Исполнителем, Исполнитель не несет ответственность за наступление возможных осложнений.</p> <p>5.2. Исполнитель не несет ответственность за осложнения, наступившие в результате несоблюдения Пациентом режима, установленного врачом, травм, полученных Пациентом при оказании Пациенту медицинских услуг другими клиниками.</p> <p>5.3. Исполнитель не несет ответственность за возникшие осложнения в случае добровольного отказа Пациента от предоставляемых услуг, в том числе и в части, если данные осложнения явились последствием данного отказа.</p> <p>6. Срок действия договора и заключительные положения</p> <p>6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и действует до полного выполнения сторонами принятых обязательств.</p> <p>6.2. Все претензии и споры, возникшие по данному договору разрешаются сторонами путем переговоров.</p>	<p>6.3. Если спор не будет разрешен путем переговоров, то такой спор разрешается в соответствии с законодательством РФ.</p> <p>Исполнитель: _____ Пациент: _____</p> <p>Информированное добровольное согласие Пациента на лечение зубов На основании ст.20 ФЗ РФ от 21.11.2011 г. №323 «Об основах охраны здоровья граждан»</p> <p>Врач разъяснил мне метод и способ выполнения предложенного лечения.</p> <p>Я осведомлен (а) о том, что данное вмешательство должно проводиться под местной анестезией. Мне разъяснено, что применение ее может привести в аллергическим, сосудистым реакциям организма: обмороку, шоку, снижению чувствительности, онемением, невралгическим болям и постинъекционным гематомам (отекам и «синякам»)</p> <p>Я также информирован (а) о возможных осложнениях, которые могут возникнуть в ходе лечения вследствие особенностей анатомического строения организма: отлом инструмента в искривленном канале, перфорация стенки полости или канала, выход пломбировочного материала на верхушку зуба из-за наличия костных изменений в этой области, возникновение болей при накусывании после проведенного лечения, отлом коронки зуба (если отсутствует ее покрытие ортопедической коронкой), выпадение пломбы.</p> <p>Врач объяснил мне необходимость восстановления зуба после проведенного эндодонтического лечения (лечения корневых каналов). Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма я согласен (а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Мне были объяснены все возможные исходы, а также альтернативы предложенному лечению. Я осведомлен (а) об ожидаемых расходах за планируемое лечение и возникших в процессе данного мероприятия издержках. На все мои вопросы я получил (а) исчерпывающие ответы врача. Я принимаю решения о лечении на предложенных условиях.</p> <p>Исполнитель: _____ Пациент: _____</p>
--	--