**Уведомление пациента о последствиях лечения и рекомендациях**

Уважаемый пациент!

 На основании ст.15 Постановления Правительства РФ «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» от 04 октября 2012 г. №1006, ООО «Президент СК №9», уведомляет, Вас, о том, что существуют зависящие от Вас обстоятельства, которые влияют на результат оказания услуг, на их эффективность, безопасность, на сроки оказания и длительность полезного действия услуг, а именно:

- строгое соблюдение всех рекомендаций и предписаний врача, выполнение указаний медицинского персонала во время оказания услуги;

- явка на приём к врачу в назначенный срок. Пропуск визитов к врачу отражается на сроках лечения и может привести к побочным эффектам и осложнениям.

- предоставление врачу точной и подробной информации о состоянии своего здоровья, включая сведения о перенесённых и имеющихся заболеваниях, непереносимости лекарств, препаратов, процедур и лечении, проводимом вне нашей медицинской организации. Отсутствие данных сведений не позволит врачу подобрать оптимальный план лечения и прогнозировать его исход, качество и сроки оказания услуги.

- информирование врача при первой возможности об изменениях в состоянии здоровья, включая появление болевых или дискомфортных ощущений в процессе и после лечения, наличии в день приема острых воспалительных или инфекционных заболеваний, обострения хронических заболеваний, состояния наркотического или алкогольного опьянения, т.к. подобные стояния могут спровоцировать непредвиденные реакции организма и иные осложнения во время оказания услуги.

- для обеспечения возможности проведения лечения или повышения его качества, может возникнуть необходимость проведения специализированных лечебных, профилактических или диагностических мероприятий в других медицинских организациях. Своевременное и точное выполнение назначенных врачом мероприятий вне медицинской организации (диагностика, консультации специалистов, лечебные и профилактические процедуры), влияют на сроки окончания лечения, его качество, исход и прогноз.

- соблюдение гигиены полости рта и явка на назначенные профилактические осмотры, обеспечение необходимого уровня гигиены полости рта и правил пользования зубными протезами и ортодонтическими аппаратами, а также прохождение профилактических осмотров не реже двух раз в год (если иное не назначено врачом). Данные мероприятия являются необходимым условием для поддержания достигнутых параметров качества лечения.

*Лечащий врач перед началом лечения проинформирует Вас об осложнениях и других побочных эффектах медицинского вмешательства, в том числе о тех, которые могут возникнуть вследствие биологических особенностей организма, и вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить, такие явления не являются недостатками качества услуг, если услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований. Стоматологическая услуга будет оказана после получения Вашего добровольного согласия.*

С уведомлением ознакомлен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Уведомление пациента о последствиях лечения и рекомендациях**

Уважаемый пациент!

 На основании ст.15 Постановления Правительства РФ «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» от 04 октября 2012 г. №1006, ООО «Президент СК №9», уведомляет, Вас, о том, что существуют зависящие от Вас обстоятельства, которые влияют на результат оказания услуг, на их эффективность, безопасность, на сроки оказания и длительность полезного действия услуг, а именно:

- строгое соблюдение всех рекомендаций и предписаний врача, выполнение указаний медицинского персонала во время оказания услуги;

- явка на приём к врачу в назначенный срок. Пропуск визитов к врачу отражается на сроках лечения и может привести к побочным эффектам и осложнениям.

- предоставление врачу точной и подробной информации о состоянии своего здоровья, включая сведения о перенесённых и имеющихся заболеваниях, непереносимости лекарств, препаратов, процедур и лечении, проводимом вне нашей медицинской организации. Отсутствие данных сведений не позволит врачу подобрать оптимальный план лечения и прогнозировать его исход, качество и сроки оказания услуги.

- информирование врача при первой возможности об изменениях в состоянии здоровья, включая появление болевых или дискомфортных ощущений в процессе и после лечения, наличии в день приема острых воспалительных или инфекционных заболеваний, обострения хронических заболеваний, состояния наркотического или алкогольного опьянения, т.к. подобные стояния могут спровоцировать непредвиденные реакции организма и иные осложнения во время оказания услуги.

- для обеспечения возможности проведения лечения или повышения его качества, может возникнуть необходимость проведения специализированных лечебных, профилактических или диагностических мероприятий в других медицинских организациях. Своевременное и точное выполнение назначенных врачом мероприятий вне медицинской организации (диагностика, консультации специалистов, лечебные и профилактические процедуры), влияют на сроки окончания лечения, его качество, исход и прогноз.

- соблюдение гигиены полости рта и явка на назначенные профилактические осмотры, обеспечение необходимого уровня гигиены полости рта и правил пользования зубными протезами и ортодонтическими аппаратами, а также прохождение профилактических осмотров не реже двух раз в год (если иное не назначено врачом). Данные мероприятия являются необходимым условием для поддержания достигнутых параметров качества лечения.

*Лечащий врач перед началом лечения проинформирует Вас об осложнениях и других побочных эффектах медицинского вмешательства, в том числе о тех, которые могут возникнуть вследствие биологических особенностей организма, и вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить, такие явления не являются недостатками качества услуг, если услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований. Стоматологическая услуга будет оказана после получения Вашего добровольного согласия.*

С уведомлением ознакомлен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/