Приложение А к Договору

**Рекомендуемый план лечения**

Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Врач ознакомил меня с рекомендуемым планом лечения и ответил на все мои вопросы.**

**Я предупрежден(а) врачом о том, что в процессе лечения врач может скорректировать или дополнить рекомендованный мне план лечения в связи с нарушением новых нарушений в полости рта или изменениями состояния моего общего здоровья, сообщив мне об этом.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | | Врач | | Номер зуба | | |
| Код услуги | Наименование услуги | | | | количество | Стоимость,  руб |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
| Подпись пациента | | | Подпись врача | | Итого | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | | Врач | | Номер зуба | | |
| Код услуги | Наименование услуги | | | | количество | Стоимость,  руб |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
| Подпись пациента | | | Подпись врача | | Итого | |

**Рекомендуемый план лечения**

Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Врач ознакомил меня с рекомендуемым планом лечения и ответил на все мои вопросы.**

**Я предупрежден(а) врачом о том, что в процессе лечения врач может скорректировать или дополнить рекомендованный мне план лечения в связи с нарушением новых нарушений в полости рта или изменениями состояния моего общего здоровья, сообщив мне об этом.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | | Врач | | Номер зуба | | |
| Код услуги | Наименование услуги | | | | количество | Стоимость,  руб |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
| Подпись пациента | | | Подпись врача | | Итого | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | | Врач | | Номер зуба | | |
| Код услуги | Наименование услуги | | | | количество | Стоимость,  руб |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
| Подпись пациента | | | Подпись врача | | Итого | |