Приложение В к Договору

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Общество с ограниченной ответственностью «Силуэт»****Медицинский центр «Авис»**Ленинградская область, Всеволожский муниципальный район, 188662, г. Мурино, Воронцовский бульвар, дом 18, помещение 22Н, Тел. +7 996-779-31-38, *e-mail: avismyrino@mail.ru, сайт: <http://aviscenter.ru>* |

**ВЫПОЛНЯЕМЫЙ ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_\_\_ г.

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

Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** | **7** | **6** | **5** | **4** | **3** | **2** | **1** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование | Стоимость, руб | Количество | Общая стоимость, руб |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

**Я предупрежден(а) врачом о следующем:**

1. В процессе лечения врач может скорректировать или дополнить выполняемый мне план лечения в связи с выявлением новых нарушений в полости рта или изменениями моего общего здоровья, сообщив мне об этом.
2. Частичное выполнение выполняемого плана лечения или отступления от него, а также изменение сроков выполнения отдельных пунктов плана может снизить эффект лечебных мероприятий и повлечь за собой изменение их стоимости.
3. Невыполнение отдельных пунктов плана может стать причиной снижения гарантий, о чем предупредит врач.

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

 (Ф.И.О.) (подпись)

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О.) (подпись)