Приложение В к Договору

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Общество с ограниченной ответственностью «Силуэт»**  **Медицинский центр «Авис»**  г. Санкт-Петербург, г. Сестрорецк 197701,ул. Всеволода Боброва, д. 39, лит. А, пом 1Н;  тел. +7 900 642-84-00; e-mail: [avismedcentr@mail.ru](mailto:avismedcentr@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)