



Договор на оказание платных медицинских услуг

{ТекущаяДатаПолная} г.

г. Железнодорожск

Стоматология для взрослых и детей «Зубастик»
тел. 8-800-101-70-74, 8-919-210-03-03

Адрес осуществления медицинской деятельности:
Курская обл., г. Железнодорожск, ул. Курская, д.76/2

ООО «УЗИ-Центр», ИНН 4633033434, КПП 463301001
Юридический адрес: 307178, Курская обл., г. Железнодорожск, ул. Давидова, д.83, п.115-116-216
ЕГРЮЛ №114633002220 от 30.11.2011г., выдана Межрайонной ИФНС №3 по Курской области

ООО «УЗИ-Центр» именуемый в дальнейшем Исполнитель, в лице главного администратора Курасовой Оксаны Александровны, действующего на основании Доверенности № 2 от 23.06.2021г. Перечень работ: при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: ортодонтии; стоматологии детской; стоматологии ортопедической; стоматологии общей практики; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической, и Гражданин(ка), Ф.И.О. {ФамилияИмяОтчество}

адрес: {Адрес}

тел. {МобТелефон}

именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, совместно именуемые – «Стороны», заключили настоящий договор (далее – «Договор») о нижеследующем:

1. Предмет Договора:

1.1. В соответствии с настоящим Договором Исполнитель обязуется оказать Заказчику медицинские услуги в объеме, указанном в настоящем Договоре и приложениями к нему, в соответствии с планом обследования и лечения, рекомендуемым Исполнителем, а Заказчик обязуется оплатить эти услуги.

1.2. Перечень и стоимость платных стоматологических услуг определены в Прейскуранте. Заказчик оплачивает стоимость оказанных, либо подлежащих оказанию услуг, согласно Прейскуранту, действующему на момент оказания таких услуг.

1.3. По настоящему Договору Заказчик является непосредственным потребителем платной медицинской услуги/услуг.

2. Условия и порядок оказания услуг

2.1. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору по адресу: Курская обл., г. Железнодорожск, ул. Курская, д.76/2

2.2. Исполнитель оказывает платные медицинские услуги по Договору в соответствии с лицензией Комитета Здравоохранения Курской области от 07.05.2019г. №ЛО-46-01-002137.

2.3. Подписание Заказчиком настоящего договора означает и рассматривается Сторонами как добровольное согласие Заказчика на обработку его персональных данных Исполнителем согласно статье 9 Федерального закона от 27 июля 2006г. №152-ФЗ «О персональных данных».

3. Права и обязанности сторон

3.1. Права Исполнителя:

3.1.1. Исполнитель вправе самостоятельно определять объем исследований и необходимых действий, направленных на установление верного диагноза и оказания Услуг в рамках обследования и лечения Исполнителем.

3.2. Обязанности Исполнителя:

3.2.1. Оказывать Услуги, указанные в п.1.1. настоящего Договора в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ.

3.2.2. Предоставлять Заказчику информацию о ходе оказания Услуг в понятной и доступной форме.

3.2.3. Сохранять конфиденциальность информации о врачебной тайне Заказчика.

3.3. Права Заказчика:

3.3.1. Требовать от Исполнителя надлежащего качества предоставляемой медицинской услуги.

3.3.2. Получать информацию об объеме, стоимости и результатах предоставленных медицинских услуг.

3.3.3. На облегчение боли связанной с медицинским вмешательством, доступными способами и средствами.

3.3.4. В любое время отказаться от лечения расторгнув договор, при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных расходов.

3.3.5. Пользоваться всеми правами предоставленными ему действующим Законодательством Российской Федерации.

3.4. Обязанности Заказчика:

3.4.1. До подписания настоящего Договора, ознакомиться с информацией непосредственно связанной с исполнением условий настоящего договора, Положением о гарантийных обязательствах, действующим Прейскурантом.

3.4.2. Следовать рекомендациям врача, согласованному плану лечения, являться на прием в назначенное время и сроки.

3.4.3. Уважительно относиться к сотрудникам и соблюдать принятые правила оказания услуг в медицинской организации Исполнителя.

3.4.4. Оплачивать оказанные ему услуги в полном объеме в соответствии с условиями настоящего Договора.

3.4.5. Ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (Приложение №1), уведомление о последствиях лечения и рекомендациях. Информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

4. Стоимость Услуг и порядок оплаты.

4.1. Стоимость стоматологических услуг определяется согласно действующему на день оказания услуг прейскуранту.

4.2. Общая стоимость Услуг, оказываемых по настоящему договору, указывается в Акте сдачи-приемки выполненных услуг (Приложение №2).

4.3. Оплата Услуг осуществляется Заказчиком по факту выполнения Услуг следующими способами: внесение денежных средств в кассу, или безналичный расчёт через терминал «Эквайринг» (оплата банковской картой Visa, MasterCard, Мир или платежными системами Apple Pay, Google Pay) Исполнителю.

4.4. При возникновении необходимости оказания дополнительных Услуг по результатам обследования и лечения стоимость оказываемых по настоящему Договору Услуг может быть изменена Исполнителем по согласованию с Заказчиком с учетом уточненного диагноза, сложности операции и иных затрат на лечение. В данном случае Стороны подписывают соответствующее дополнительное соглашение к Договору.

5. Гарантии качества.

5.1. Исполнитель устанавливает гарантийный срок:

- 12 месяцев на пломбу постоянного зуба при лечении кариеса поверхностного, кариеса среднего;

- 6 месяцев на пломбу постоянного зуба при лечении пульпита, периодонтита, кариеса глубокого, депульпированного зуба, с момента завершения лечения, установленную по настоящему Договору.

Гарантийный случай не распространяется по причине:

5.2. Исполнитель не несет ответственности за качество Услуг в случае невыполнения Заказчиком обязательств, предусмотренных п.п. 3.4.1. - 3.4.5, а так же за непредвиденные осложнения в силу индивидуальных биологических особенностей человеческого организма и досрочного отказа Заказчика от Услуг.

4.3. Заказчик вправе предъявлять претензии Исполнителю по качеству оказанных Услуг в пределах гарантийного срока, установленного п.5.1. настоящего Договора.

6. Ответственность сторон и порядок рассмотрения споров.

6.1. Стороны несут ответственность за неисполнение и/или ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору в соответствии с действующим законодательством РФ.

6.2. Исполнитель имеет право не начинать оказание Услуг вплоть до полной оплаты Заказчиком всей стоимости Услуг по настоящему Договору.

6.3. Заказчик вправе предъявить требование о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением Исполнителем условий Договора, о возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а так же с компенсацией за причинение морального вреда в соответствии с Законодательством Российской Федерации.

6.4. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим Договором или в связи с ним, стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров. В случае не достижения соглашения стороны передают спор на рассмотрение в суде в порядке, предусмотренным гражданским процессуальным законодательством Российской Федерации.

7. Срок действия Договора.

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания сторонами и действует до полного исполнения обязательств сторонами по настоящему Договору.

8. Изменения и расторжение Договора.

8.1. Односторонний отказ от исполнения настоящего Договора или одностороннее его изменение не допускается, за исключением случаев, предусмотренных законом либо настоящим Договором.

8.2. Настоящий Договор может быть изменен, дополнен или расторгнут по соглашению сторон, выраженному в письменной форме и подписанному уполномоченными представителями обеих Сторон.

8.3. Расторжение или изменение Договора не является основанием для прекращения исполнения обязательств любой из сторон, возникших до подписания такого соглашения, об изменении либо расторжении договора, если иное не предусмотрено соглашением.

9. Заключительное положение.

9.1. Условия настоящего договора, положений и дополнительных соглашений к нему, а так же иная информация, полученная сторонами и в соответствии с Договором конфиденциальным, и не подлежат разглашению, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

9.2. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Договором, стороны руководствуются действующим Законодательством Российской Федерации.

ПОДПИСЬ СТОРОН:

Исполнитель:	Заказчик:
Стоматология для взрослых и детей «Зубастик» (ООО «УЗИ-Центр»)	Ф.И.О. {ФамилияИмяОтчество} Паспорт {СерияНомерПаспорта} Кем выдан {Выдан} Дата выдачи {ДатаВыдачи}
_____/ Администратор/ (действующая на основании Доверенности №2 от 23.06.2021г.)	_____

Акт № {НомерСчета} сдачи-приемки выполненных услуг

{Процедуры}						
№	Код услуги	Наименование процедуры	Цена за единицу	№ Зуба(ов)	Кол-во	Сумма
{№}	{Код}	{Наименование}	{Цена}	{Зуб}	{Количество}	{Сумма}
ИТОГО ПО ОКАЗАННЫМ УСЛУГАМ						{ИтогоУслуги}

Лечение по гарантии	{!ЛечениеПо Гарантии}
Скидка	{!СкидкаЗна чение}
Итого по услугам со скидкой	{!ИтогоСоСк идкой}

Всего оказано услуг на сумму:

Пациент {ФамилияИмяОтчество} и Стоматология для взрослых и детей «Зубастик» (ООО «УЗИ-Центр»), в лице администратора {ФамилияИООтветственного} составили настоящий АКТ о том, что все вышеперечисленные услуги выполнены в соответствии с условиями настоящего договора, полностью и в срок. Пациент претензий по объему, качеству, эстетическим свойствам, срокам оказания услуг и стоимости работ не имеет. Подписывая настоящий Акт, пациент удостоверяет, что он был ознакомлен с записями в медицинской карте в том числе если карта велась на электронном носителе на его имя и претензий к данным записям не имеет, их содержанию и времени исполнения.

Подпись пациента: _____ /{ФамилияИмяОтчество}
(подпись пациента) (ФИО полностью)

Администратор: _____ /{ФамилияИООтветственного} /
(подпись) (ФИО)

Дата {ТекущаяДатаПолная} г

Информированное добровольное согласие на оказание платных стоматологических услуг

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», сообщена вся необходимая информация о моем предстоящем лечении, и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, {ФамилияИмяОтчество} проинформирован(а) поставленным диагнозом и необходимостью проведения лечения зубов в соответствии с согласованным со мной Предварительным планом лечения.

Этот документ содержит необходимую для меня информацию, с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым мне лечением и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать согласие на проведение данного лечения.

Мне понятна информация, предоставленная врачом, о наличии у меня стоматологических заболеваний, включая сведения о результатах обследования, предварительном диагнозе, вероятности развития осложнений при отсутствии лечения, возможных альтернативных вариантах лечения имеющихся у меня стоматологических заболеваний и их стоимости, возможных неблагоприятных последствиях, в том числе осложнениях.

Я соглашаюсь соблюдать режим, все рекомендации и назначения лечащего врача, в ходе лечения и по его окончании; а также немедленно сообщать врачу о любом изменении самочувствия и согласовывать с врачом прием любых не прописанных им лекарственных препаратов.

Меня предупредили, что в силу индивидуальных биологических особенностей человеческого организма существует определенный **риск** и возможность возникновения **непредвиденных осложнений (которые не относятся к гарантийным случаям)** при терапевтическом лечении заболеваний полости рта. Эти осложнения предполагает, но не ограничиваются следующим.

При лечении кариеса:

- а) вскрытие полости зуба;
- б) при лечении глубокого кариеса – воспаление пульпы в течение периода времени (до 6 месяцев);
- в) травма или ожог десневого края в пришеечной области, при локализации кариозной полости.

При лечении пульпита и периодонтита:

- а) ожог околозубных тканей при несвоевременном удалении мышьяковистой пасты (более чем через 48 часов)
- б) перелом инструмента при эндодонтической обработке пломбировании канала корня зуба;
- в) воспаление околоверхушечных тканей зуба;
- г) постпломбировочная болевая реакция, которая может продлиться до двух недель.

При лечении периодонтита:

- а) обострение хронического воспалительного процесса после механической и медикаментозной обработки канала;
- б) перфорация стенки корневого канала инструментом при удалении пломбировочного материала из корневого канала зуба.
- в) обострение воспалительного процесса после лечения хронического периодонтита.
- г) иные, осложнения, появление отечности мягких тканей, появление поднадкостничного гнояника на десне в области причинного зуба.

Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения и его стоимость.

Врач понятно объяснил мне, в чем будет заключаться предложенное лечение и всевозможные осложнения предложенного лечения и последствия, которые могут возникнуть как во время лечения, так и после его окончания.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков или антибиотиков.

Я проинформирован(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а так же о всех имеющихся у меня заболеваниях.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на их проведение.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное лечение, исключить осложнения после лечения, поэтому значительно ограничит гарантийный срок. Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен с тем, что ожидаемый мной положительный результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке лечение и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь права на гарантию.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений указанного заболевания, о которых я информирован(а) в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Мной заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы на них. Я понял(а) значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании, фотографии моих зубов и полости рта без указания имени и фамилии в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе, а также предоставлять об объеме и стоимости оказанных услуг моему Страховщику.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты (истории болезни) пациента и понимаю, что его подписание влечет правовые последствия.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для осуществления лечения на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / (ФамилияИмяОтчество)
(подпись) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: _____ / (ФамилияИмяОтчествоВрача)
(подпись) (расшифровка подписи)

Дата: {ТекущаяДатаПолная} г

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, {ФамилияИмяОтчество}, {ДатаРождения} года рождения проживающий (ая) по адресу: {Адрес} паспорт {СерияНомерПаспорта}; {Выдан} дата выдачи {ДатаВыдачи} г. субъект персональных данных в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «УЗИ-Центр» находящимся по адресу: Курская обл., г. Железнодорожск, ул. Курская, д.76/2 «Стоматология для взрослых и Детей "Зубастик" (далее - Оператор), моих (предоставляемого) персональных данных в целях оказания медицинских услуг, включающих:

- фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, адрес регистрации, контактный(е) телефоны, адрес электронной почты, возраст;
- реквизиты паспорта или иного документа, удостоверяющего личность;
- место работы, занимаемая должность;
- данные о состоянии моего здоровья, диагнозе заболевания, о факте обращения за медицинской помощью.

Передача персональных данных ограничена исключительно медицинскими целями и обусловлена исключительно технической необходимостью.

Я предоставляю право работникам Оператора, право на обработку моих персональных данных в рамках действующего законодательства РФ, а именно: совершение любых действий (операций) или совокупности действий (операций) с моими персональными данными с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (за исключением распространения), распространение, в том числе передачу персональных данных иным (третьим) лицам в случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) моих персональных данных. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные, в том числе посредством внесения их в медицинские карты, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных, внесения их в электронную базу данных.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по оказанию медицинских услуг на обмен (прием и передачу) моими (предоставляемого) персональными данными с медицинскими и иными организациями, органами государственной и муниципальной власти, а также в порядке, установленном действующим законодательством РФ с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Срок хранения моих (предоставляемого) персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов, установленному законодательством РФ. Настоящее согласие действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора

Я оставляю за собой право отозвать свое Согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае вручения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку (за исключением блокирования и хранения) в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи и обеспечить их. Данное согласие на обработку персональных данных действует до момента истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих вышеуказанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации. Настоящее согласие считается данным мною третьим лицам, указанным выше, и третьи лица имеют право на обработку моих персональных данных на основании настоящего заявления.

Настоящее согласие дано мной

Дата {ТекущаяДатаПолная} г.

(подпись)

Заказчик _____

(подпись)

АНКЕТА О ЗДОРОВЬЕ

Врачу необходимо информация о состоянии Вашего здоровья в целях обеспечения успешного и безопасного решения Ваших стоматологических проблем, так как процесс лечения и его ближайшие и отдаленные результаты могут быть связаны с заболеваниями различных органов и систем, приемом лекарств, физиологическими особенностями организма.

Внимательно заполните предлагаемую анкету. Мы гарантируем, что сведения, указанные Вами в анкете будут использованы только в целях лечения и профилактики и не будут доступны посторонним лицам.

ФАМИЛИЯ {Фамилия}

ИМЯ, ОТЧЕСТВО {Имя} {Отчество}

Дата рождения {ДатаРождения}

Последнее посещение стоматолога проводилось в _____ году, в клинике _____

Какую стоматологическую проблему вы хотели бы решить: (нужное подчеркнуть)

а) лечение зубов, б) лечение десен, в) профилактический осмотр/гигиеническая чистка,

г) протезирование, д) имплантация, е) лечение брекет-системой, ж) эстетическая реставрация зубов.

1.	Вирусный гепатит, ВИЧ Если да, то какого типа « » и когда	ДА	НЕТ
2.	Туберкулез	ДА	НЕТ
3.	Поводились ли Вам переливания крови Если да, то, когда..... и по какому поводу.....	ДА	НЕТ
4.	Проводились ли Вам инъекции за последние 6 месяцев	ДА	НЕТ
5.	Были ли у Вас язвы в полости рта	ДА	НЕТ
6.	Была ли у Вас длительная необъяснимая лихорадка	ДА	НЕТ
7.	Были ли у Вас длительные боли в горле и затрудненное глотание	ДА	НЕТ
8.	Имеете ли Вы постоянно увеличенные лимфатические узлы	ДА	НЕТ
9.	Отмечаете ли Вы наличие багровых или красных участков на коже, сыпь	ДА	НЕТ
10.	Ночная потливость	ДА	НЕТ
11.	Диарея (поносы)	ДА	НЕТ
12.	Отмечаете ли Вы потерю веса за последние 6 месяцев Если да, то в чем, по Вашему мнению, причина похудения	ДА	НЕТ
13.	Курите ли Вы Если да, то как долго.....	ДА	НЕТ
14.	Онкозаболевание Если да, то какое..... давность.....	ДА	НЕТ
15.	Получали ли Вы лучевую терапию, химиотерапию за последние 10 лет	ДА	НЕТ
16.	Заболевание эндокринных органов	ДА	НЕТ
17.	Заболевание кожи Если да, то какие	ДА	НЕТ
18.	Нейродермит	ДА	НЕТ
19.	Заболевание мочевыделительной системы	ДА	НЕТ
20.	Заболевание желудочно-кишечного тракта	ДА	НЕТ
21.	Заболевания опорно-двигательного аппарата	ДА	НЕТ
22.	Заболевания ЛОР-органов (ухо, горло, нос)	ДА	НЕТ
23.	Травмы челюстно-лицевой области Если да, то когда..... и какие.....	ДА	НЕТ
24.	Были ли у Вас операции под наркозом за последние полгода Если да, то когда..... и по какому поводу	ДА	НЕТ
25.	Сахарный диабет	ДА	НЕТ
26.	Часто ли у Вас бывает сухость во рту	ДА	НЕТ
27.	Порок сердца	ДА	НЕТ
28.	Установлен искусственный клапан сердца	ДА	НЕТ
29.	Ишемическая болезнь сердца	ДА	НЕТ
30.	Перенес острый инфаркт миокарда в (когда)	ДА	НЕТ
31.	Установлен кардиостимулятор	ДА	НЕТ
32.	Варикозная болезнь, тромбоз, тромбоз	ДА	НЕТ
33.	Отмечаете ли Вы значительные изменения артериального давления: • повышение артериального давления • понижение артериального давления • каковы цифры обычного для Вас артериального давления	ДА ДА	НЕТ НЕТ
34.	Заболевания центральной нервной системы	ДА	НЕТ
35.	Бывают ли у Вас периоды потери сознания или судорожные припадки	ДА	НЕТ
36.	Сотрясение головного мозга	ДА	НЕТ
37.	Бронхиальная астма	ДА	НЕТ
38.	Заболевания печени	ДА	НЕТ
39.	Нарушения свертываемости крови • были ли у Вас ранние длительные кровотечения после удаления зуба, хирургических вмешательств, травм • легко ли у Вас образуются кровоподтеки (синяки) • страдаете ли Вы носовыми кровотечениями	ДА	НЕТ
40.	ДА	НЕТ	
41.	Были ли у Вас аллергические реакции в виде головокружения или потери сознания, удушья, крапивницы, отека Квинке, зуда и покраснения кожи (нужное подчеркнуть) на : • местные анестетики • антибиотики • сульфаниламидные препараты • препараты йода • гормональные средства • пищевые продукты • пыльца растений • шерсть животных • металлы • анальгетики (анальгин, аспирин и др.) • другие аллергены (указать конкретно)	ДА ДА ДА ДА ДА ДА ДА ДА ДА	НЕТ НЕТ НЕТ НЕТ НЕТ НЕТ НЕТ НЕТ НЕТ
42.	Для женщин: - беременны ли Вы - являетесь ли Вы кормящей матерью	ДА ДА	НЕТ НЕТ

Я, искренне ответил(а) на все пункты анкеты, хочу дополнительно сообщить о состоянии здоровья следующее:

Я знаю, что в случае использования лекарственных препаратов накануне стоматологического приема, должен(на) сообщить об этом врачу.

{ТекущаяДатаПолная} г

Подпись клиента _____