План лечения к Договору об оказании платных медицинских услуг №_____ от «____»_____20___г.

(Пост. Правительства РФ от 4 октября 2012 г. N 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» ч. 19)

План лечения:

1Гигиенические и профилактические мероприятия :

-снятие зубных отложений с _____зубов;

-проведение профессиональной гигиены 1 раз в 3 месяца_____;

-обучение чистке зубов;

-нанесение на зубы_____кальций и фторсодержащих препаратов;

2 Терапевтические мероприятия:

-лечение кариеса_____зубов;

-эндодонтическое лечение_____зубов;

-лечение гингивита, пародонтита,пародонтоза;_____;

-лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта;_____;

3 Хирургические мероприятия:

-удаление_____зубов;

-имплантация в области_____;

-проведение операций_____;

-др. хирургические мероприятия_____;

4 Оропедические мероприятия:

-Изготовление одиночных коронок на_____зубы(материал)

-Изготовление мостовидных протезов на_____зубы(материал)

-Изготовление частичных съемных протезов_____зубы;

-Изготовление полных съемных протезов_____зубы;

-Изготовление бюгельных протезов с _____системой фиксации;

-Изготовление протезов с опорой на имплантанты _____;

5 Ортодонтические мероприятия:_____;

др. мероприятия_____;

_____;

_____;

_____ Подпись врача _____ Подпись Потребителя (пациента)

Смета к Договору об оказании платных медицинских услуг от «____»_____20_____г.

Зуб	Диагноз	Виды предоставляемых платных медицинских услуг	Обезболивание	R-графия	Дата начала и дата конца услуги	Предполагаемая стоимость.

Потребителем/Пациент подтверждает , что полностью ознакомлен с планом лечения, со стоимостью всех услуг Исполнителя, сроками и условиями гарантии и дает свое добровольное согласие на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

_____И.Н.Грицутова

Директор ООО «Стоматология «Айболит»

_____

Подпись и расшифровка ФИО Пациента (Потребитель)

_____

Подпись и расшифровка ФИО Заказчик