ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

к договору об оказании стоматологических услуг №_____ от ___ _____ _____ г.

Мне, _____
после проведенного в ООО «Клиника ИН» консультации и обследования, поставлен диагноз:

_____
_____
_____,

что подтверждается данными проведенной диагностики _____.

Доктором _____, действующим на основании Договора об оказании медицинских услуг №_____ от « »_____20_____ г. составлен план лечения, который мне разъяснён и понятен.

Доктор рассказал мне о том, что лечение, на котором я настаиваю, не соответствует существующим нормам, клиническим стандартам и правилам для данного диагноза, может не иметь лечебного эффекта, удовлетворительного результата или даже ухудшить клиническую ситуацию и привести к проблемам со здоровьем в долгосрочной перспективе. Поэтому в моей клинической ситуации **невозможно гарантировать успешный результат стоматологического лечения**, по причине:
_____
_____
_____
а сам лечебный план может быть изменён в ходе лечения, исходя из соображений сохранения здоровья, достижения наилучшего результата и причинения наименьшего вреда организму.

Я даю согласие на проведение лечения, на котором я настаиваю, снимаю с доктора и ООО «Клиника ИН» ответственность за результат лечения и возможные последствия и понимаю, что **на мой клинический случай гарантийные обязательства CLINIC IN не распространяются, а гарантия отсутсутствует.**

Дата _____ Подпись _____