

**Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства
на основании**

Постановления Правительства Российской Федерации от 04 октября 2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»

Я, _____

(указать полностью Ф.И.О. пациента или законного представителя несовершеннолетнего пациента – родителя, опекуна, попечителя и т.д.), паспорт _____ выдан _____ полностью

проинформирован(а) о следующем:

- Мне даны полные и всесторонние разъяснения о характере и методах оказания медицинских услуг;
- план оказания услуг с наименованием видов работ фиксируется в медицинской карте;
- стоимость видов работ указывается в Приложении №1 к Договору об оказании медицинских услуг.

Я ознакомлен(а) с порядком и правилами, установленными в данном лечебном учреждении и обязуюсь их соблюдать. Я понимаю, и меня уведомили о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Клиники, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, о принимаемых лекарственных средствах, о наличии у меня в прошлом или в настоящее время инфекционного гепатита, ВИЧ-инфекции. Я сообщил(а) правдивые сведения об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Меня ознакомили с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий (диагностических исследований и т.п.) перед началом оказания медицинских услуг. Добровольно даю свое согласие на проведение мне в соответствии с назначением врача, диагностических исследований, необходимых для оказания медицинских услуг, которые обязуюсь оплатить в размере согласно Прейскуранту, утвержденному клиникой.

Я информирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и медицинских процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что мне предстоит делать во время их проведения.

Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от медицинских процедур, несоблюдение режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное вмешательство в процесс оказания медицинских услуг могут осложнить процесс эстетической коррекции и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на оказание медицинских услуги в предложенном объеме.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами медицинских услуг, которые, в моём случае, будут иметь меньший клинический успех.

Я понимаю, что это лечение является вмешательством в биологический организм, в котором все процессы протекают индивидуально, и как любая медицинская операция не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех этапов. Поэтому иногда возможны отклонения от утверждённого плана услуг в виде незапланированных манипуляций, фиксации дополнительной аппаратуры, изменения сроков лечения.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы. Я поставлен(а) в известность о том, что в связи с наличием высокой степени риска возникновения осложнений в результате проведенного лечения, установление гарантийных сроков по данному виду работ невозможно.

- полученные объяснения меня полностью удовлетворяют;
- понимаю, что данный документ является юридическим документом и неотъемлемой частью договора об оказании платных медицинских услуг и медицинской карты;

« _____ » _____ 20__ г.

Подпись пациента _____ / _____