**Добровольное информированное согласие потребителя на оказание платных медицинских услуг и медицинское (стоматологическое) вмешательство**

Я, (ФИО)

(ФИО потребителя)

(ФИО законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, необходимых для

получения мной платных медицинских услуг/получения платных медицинских услуг лицом, законным

представителем которого являюсь (ненужное зачеркнуть), в соответствии с заключенным со мной договором на предоставление платных медицинских услуг с ООО «Эликсир-Дента».

получил (а) разъяснения по поводу диагноза:

- Получил (а) информацию: об особенностях течения заболевания; вероятной длительности лечения; о вероятном прогнозе.

- Мне предложен план лечения, отражённый в амбулаторной карте.

- Мне известен порядок оказания платных медицинских услуг и перечень услуг, составляющих медицинскую деятельность ООО «Эликсир-Дента» в соответствии с Лицензией №ЛО-50-01-008846 от 11.03.2009 г., выданной Министерством здравоохранения Московской области.

- Мне известен уровень квалификации и профессионального образования медицинского работника непосредственно оказывающего платную медицинскую услугу.

- Я извещён (а) о необходимости подготовки к лечению, протезированию.

- Я получил (а) указания и рекомендации по уходу за полостью рта.

- Я извещён (а), что несоблюдение рекомендаций врача может отрицательно сказаться на состоянии здоровья и течении заболевания.

- Я получил (а) информацию о типичных осложнениях, связанных с данным заболеванием, с необходимыми диагностическими процедурами и с лечением.

* Я извещён (а) что возможные осложнения по ходу лечения или в после него могут быть связаны с анатомическими и физиологическими особенностями моего организма, с сопутствующими заболеваниями, с индивидуальной, аллергической реакцией на лекарства, шовный материал, антисептики.

- Я извещён (а) о вероятном течении заболевания и его осложнениях при отказе от лечения.

- Я имел (а) возможность задать любые интересующие меня вопросы касательно состояния своего здоровья, заболевания и лечения и получил на них удовлетворительные ответы.

- Я получил (а) информацию об альтернативных методах лечения.

Я НЕ БУДУ ИМЕТЬ ПРЕТЕНЗИЙ:

* если из-за несоблюдения мною предписаний, назначенных лечащим врачом, необходимого эффекта от лечения не будет достигнуто.
* если возникнут осложнения, по ходу лечения, которые связаны с особенностями моего организма, сопутствующей патологией, с индивидуальной, аллергической реакцией на медикаменты, шовный материал.
* если какие-либо непрогнозируемые обстоятельства во время лечения могут вынудить врача изменить запланированный объём и характер лечения.

Беседу провёл врач

(подпись) (расшифровка подписи)

«\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_г.

Я согласился (ась) с предложенным планом лечения, в чём расписался (ась) собственноручно

Потребитель

(подпись)

Или

Законный представитель

Потребителя

(подпись)