

Приложение №1  
к договору на оказание платных  
медицинских услуг от {ДатаПервогоПриемаЧислом} г

**Информированное добровольное согласие на оказание платных 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) о поставленном диагнозе и необходимости проведения диагностических исследований и мероприятий, лечебных манипуляций и процедур, а при необходимости анестезиологического пособия и операций, связанные с лечением заболевания, 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.

- Мне понятна информация, предоставленная врачом, о наличии у меня заболеваний, включая сведения о результатах обследования, предварительном диагнозе, вероятности развития осложнений при отсутствии лечения, возможных альтернативных вариантах лечения, имеющихся у меня 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.
- Хотя предлагаемое лечение имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что оно является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех.
- Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе обследования, лечения, обезболивание, а также сроки проведения лечения и его стоимость.
- Мне известно, что только во время лечения может быть окончательно определен объем работ доктора (его расширение или отказ от запланированного объема), поэтому я соглашаюсь на возможное увеличение стоимости при увеличении объема работ.
- 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, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.
- Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.
- Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков или антибиотиков.
- Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у меня заболеваниях.
- Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования 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.
- Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении 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. При неблагоприятном исходе лечения, явившимся следствием индивидуальной реакции организма на проведенное вмешательство и не связанном с нарушением Исполнителем общепринятых правил и методик оказания соответствующих услуг, Исполнитель за такие осложнения ответственности не несет.
- 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 уведомлен(а), что для сохранения гарантий и получения ожидаемого результата от лечения необходимо полностью завершить весь комплексный план лечения, рекомендованный лечащим врачом в данной клинике. Отказ от полного завершения комплексного плана лечения или несоблюдение сроков лечения на любом этапе является поводом для аннулирования Исполнителем гарантий на все ранее полученные результаты медицинских услуг.
- 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.
- Мною 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, имеющих в настоящем документе.
- Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании, фотографии 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) (расшифровка подписи)

Подпись медицинского работника: \_\_\_\_\_ / {ФамилияИмяОтчествоВрача} /  
(подпись) (расшифровка подписи)

Дата: {ТекущаяДатаПолная} г