

Информированное согласие пациента

г. Москва

« ____ » _____ 201__ г.

Я, _____,

Уполномочиваю ООО «Клиника доктора Зайцева» провести мой осмотр, поставить диагноз и провести все необходимые процедуры в целях моего лечения.

Понимаю и согласен, что после постановки диагноза мне будут разъяснены суть моего заболевания и последствия, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания.

Понимаю и согласен, что после моего осмотра и после постановки диагноза я имею право задавать интересующие меня вопросы относительно моего заболевания и получить понятные и полные ответы.

Понимаю и согласен, что имею право отказаться от предложенного лечения в целом или от одного из вариантов лечения.

Понимаю и согласен, что если я полностью или частично откажусь от проведения рекомендованного мне процедурного лечения в клинике, состояние моего здоровья может ухудшиться в результате развития моего заболевания.

Понимаю и согласен, что если я полностью или частично откажусь от выполнения рекомендованного мне медикаментозного лечения, мое состояние здоровья может ухудшиться в результате развития моего заболевания.

Понимаю, что во время проведения процедур или после их проведения может развиваться реакция или осложнения, что может потребовать дополнительных врачебных вмешательств или лечения.

Понимаю и согласен, что ООО «Клиника доктора Зайцева» не может нести ответственность за качество диагностики и проведенного ранее лечения в других медицинских учреждениях или медицинских организациях, а так же правильности врачебных назначений по лечению моего заболевания.

Понимаю и согласен, что возникновение медицинских осложнений, связанных с моим заболеванием, в некоторых случаях может быть обусловлено тяжестью моего заболевания и анатомическими особенностями моего организма.

Я подтверждаю, что текст моего информированного согласия мною прочитан полностью, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и полностью меня удовлетворяют.

Я обязуюсь представить правдивую информацию обо всех перенесенных мною ранее заболеваниях, так как понимаю, что результат моего лечения во многом зависит от моего исходного состояния здоровья, а также анатомических особенностей моего организма.

_____ ФИО Пациента _____ Подпись