

Добровольное информационное согласия пациента на медицинское вмешательство

Я, _____, «__» _____ г.р.,

зарегистрированный по адресу:

являющийся Пациентом, в рамках договора об оказании платных медицинских услуг от _____ 2017г даю информационное добровольное согласие на услугу в ООО «Кристалл-СПА» за плату.

Медицинским работником: _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Я согласен (а) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма:

, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ООО «Кристалл - СПА» не несет ответственности за их возникновение;

Не возражаю против записи медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием – исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств.

Даю своё согласие на _____

Я ознакомлен (а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною понятны и добровольно даю своё согласия на обследование и лечение в предложенном объеме;

Информацию о моем состоянии здоровья, в случае необходимости разрешаю передать: _____

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

"__" _____ 2017г.