

Приложение к амбулаторной карте № \_\_\_\_\_

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

Я, \_\_\_\_\_

Получил (а) разъяснения по поводу моего диагноза \_\_\_\_\_,

Получил (а) информацию:

- Об особенностях течения заболевания и влиянии общих заболеваний: \_\_\_\_\_
- Вероятной длительности лечения: \_\_\_\_\_
- О вероятном прогнозе: \_\_\_\_\_

Мне предложен план обследования: \_\_\_\_\_

Мне предложено изготовление следующих конструкции из следующих материалов:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Примерная стоимость изготовления протезов составляет около \_\_\_\_\_

**Мне известно, что по окончании лечения производится перерасчет стоимости по факту выполненных работ.**

Мне известен прейскурант, принятый в клинике.

Таким образом, я получил (а) разъяснения о цели лечения и информацию о планируемых методах диагностики и лечения.

Я извещен (а) о необходимости подготовки к протезированию и проведению следующих мероприятий:

1. Гигиенических: \_\_\_\_\_

2. Терапевтических: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Хирургических: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Пациент извещен о необходимости выполнения полученных указаний и рекомендации: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Пациент извещен, что несоблюдение им рекомендаций врача может отрицательно сказаться на состоянии здоровья, что влечёт за собой сокращение срока службы ортопедических конструкций.

Пациент получил информацию о типичных осложнениях, связанных с данным заболеванием, с необходимыми диагностическими процедурами и с лечением: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Пациент имел возможность задать любые интересующие вопросы касательно состояния его здоровья, заболевания и лечения и получил на них удовлетворительные ответы.

Пациент получил информацию об альтернативных методах лечения, а также об их примерной стоимости: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Беседу провел врач: \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2016 г.

Пациент **согласен** с предложенным планом лечения, в чем собственноручно расписался \_\_\_\_\_ или расписался его законный представитель: Ф.И.О. \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Пациент **не согласен** с планом лечения, в чем расписался собственноручно \_\_\_\_\_ или его законный представитель: Ф.И.О. \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Или удостоверяют присутствующие при беседе: Ф.И.О. \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_ Ф.И.О. \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

