**Информированное добровольное согласие пациента (родителей) на лечебную (диагностическую) манипуляцию (процедуру)**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Находясь на консультации и лечении в ООО «Остерра» в доступной для меня форме информирован о состоянии своего (моего ребенка) здоровья, плане лечения, характере необходимых диагностических и лечебных мероприятий, возможных альтернативных методах обследования и лечения. Я информирован о том, что продолжительность курса лечения определяется лечащим врачом и зависит от состояния моего (моего ребенка) здоровья. Мне разъяснено, что для предупреждения возможных осложнений во время проведения процедур (манипуляций), необходимо точно выполнять все рекомендации врача. Со своей стороны обязуюсь информировать лечащего врача об имеющихся у меня (моего ребенка) хронических заболеваниях. Содержание настоящего соглашения мною прочитано, оно мне полностью понятно, что я удостоверяю своей подписью. Я осознаю, что отказ от предложенного мне (моему ребенку) лечения может привести к ухудшению моего состояния здоровья (моего ребенка), поэтому я выражаю согласие на проведение:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п\п | Манипуляция, лечебная процедура, диагностическое обследование | Согласие пациента ФИО  подпись | ФИО врача  Подпись | Дата |
| 1 | Остеопат |  |  |  |
| 2 | Невролог |  |  |  |
| 3 | Иглорефлексотерапевт |  |  |  |
| 4 | Специалист функциональной диагностики |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |