**Информированное согласие пациента на обследование и лечение.** \_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_\_ г.

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, даю свое добровольное согласие «Исполнителю» (ООО «Неврологический центр им. В.И.Турбина» (далее «Клиника»)), в лице врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и/или другого специалиста, работающего в Клинике, на осуществление любых обследований и/или иных действий, имеющих диагностическую или исследовательскую направленность, выполняемые Клиникой и необходимые, для установления Моего диагноза и назначения Мне лечения.

 Я подтверждаю, что ознакомлен с характером каждой предстоящей процедуры, и правом требовать ее прекращения; осознаю, что проводимые процедуры сопряжены с возможностью непреднамеренного причинения вреда здоровью. Я получил рекомендации сотрудника Исполнителя о режиме, который необходимо соблюдать после проведения процедуры, ознакомлен с возможными осложнениями, которые могут возникнуть в случае нарушения рекомендаций сотрудника Исполнителя, а также порядке действий в случае возникновения осложнений.

 Я понимаю и согласен, что Клиника не может нести ответственность за качество ранее проведенного лечения в других медицинских учреждениях и возникших ранее медицинских осложнений, а также за возможность возникновения атипичных реакций и осложнений при приеме лекарственных препаратов и проведении медицинских и лечебно-диагностических вмешательств.

 Обо всех перенесенных Мной заболеваниях и принимаемых Мной лекарственных препаратах и иных веществах, имеющихся аллергических реакциях я в обязательном порядке сообщил лечащему врачу, так как понимаю, что результат Моего лечения зависит, в том числе, и от Моего исходного состояния здоровья, а так же анатомических и генетических особенностей моего организма.

 Мне, в соответствии с моим волеизъявлением, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях Моего заболевания, разъяснены все возможные исходы и альтернативы предложенному медицинскому вмешательству. Я имел возможность отказаться от получения информации о состоянии Моего здоровья и прогнозе течения Моего заболевания. Я сознаю, что в процессе установления диагноза и проведения лечебных мероприятий мне может быть дополнительно предложено пройти дополнительные диагностические исследования, в том числе и не на территории центра. В случае моего отказа врачи и руководители центра не несут ответственность за качество результатов лечения. Я имел возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них понятные и исчерпывающие ответы.

 С прейскурантом цен на оказание услуг и условиями предоставления гарантийных обязательств ознакомлен.

Лечащий врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_