****

**Общество с ограниченной ответственностью «ЛораВита»**

454000, г. Челябинск, ул. 50 лет ВЛКСМ, 14а

Тел: (351) 751-22-80, (351) 750-75-99

e-mail: [info@loravita.ru](mailto:info@loravita.ru) сайт: www.loravita.ru

**Приложение № 1**

**к договору № \_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_г.**

**Заявление о добровольном информировании согласии (отказе) на выполнении хирургического вмешательства (операции) в ООО «ЛораВита»**

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

(ФИО пациента полностью)

Находясь в здравом рассудке и состоянии, позволяющем мне выразить свою волю, заявляю, что в предварительной беседе мне полностью разъяснены врачом состояние моего здоровья, суть и особенности течения моего заболевания, а также цель, характер предстоящего мне хирургического вмешательства (операции). Я осознаю, что полученная информация позволяет мне, зная риск, опасности и предполагаемый исход предстоящей операции, принять решение подвергнуться или отказаться от ее выполнения.

На основании моего свободного информированного добровольного желания прошу ООО «ЛораВита» (отказываюсь от) выполнить мне хирургическое вмешательство (операцию) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В доступной форме я осведомлен(а) врачом:

О технологии предстоящей мне операции, используемых при ее выполнении лекарственных средствах.

О возможных осложнениях (кровотечении, травматическое повреждение органов, послеоперационная хирургическая инфекция, послеоперационная гематома, рубцово-спаечный процесс, нарушение функции органа, непредсказуемых последствиях, неполном или недостаточно ожидаемом результате операции).

Мне разъяснены врачом существующие альтернативные медицинские технологии лечения моего заболевания (медицинской проблемы) и возможные последствия отказа от хирургического вмешательства.

Я сознательно доверяю врачу-специалисту избрать метод хирургического вмешательства в соответствии с его профессиональным суждением.

Я утверждаю, что ни врачом-хирургом, ни другими сотрудниками Центра мне не были даны никакие обещания или гарантии в отношении того или иного исхода операции.

Я понимаю, что в ходе выполнения мне операции может возникнуть необходимость (аллергический шок или реакция, кровотечение, судороги, потеря сознания, хирургическая травма) другого медицинского вмешательства, не указанного выше. В связи с этим, я даю свое добровольное информированное согласие врачу и его ассистентам на принятие соответствующих решений и выполнение любых медицинских действий, которые врач сочтет необходимыми для улучшения моего состояния.

Я понимаю, что в пред- и послеоперационный период возможно изменение или дополнение выбранной программы хирургического лечения, связанное с этими осложнениями, необходимостью уточнения диагноза или недостаточной эффективностью проводимого хирургического лечения. При этом я согласен(а), что медицинские услуги, не указанные в данном документе, оплачиваются отдельно.

Я предупрежден(а), и согласен(а) с тем, что эффективность операции, прежде всего зависит от исходного состояния моего здоровья, образа жизни, биологических особенностей моего организма, а также точности и правильности выполнения мною предписаний и рекомендаций врача.

Я осознаю, что не должен(а) в период лечения употреблять другие медикаменты, любые биологические или пищевые добавки, не согласованные с лечащим врачом, употреблять табак, алкоголь, наркотические, снотворные и другие сильнодействующие препараты, а также воздерживаться от половых контактов до контрольного осмотра врача.

Я понимаю, что несоблюдение мною хотя бы одного из перечисленных ограничений и образ жизни, не совпадающий с концепцией моего лечения, влияют на точность диагностики и снижают эффективность операции, повышают риск осложнений.

Я согласен(а)с тем, что средства, затраченные мной на оплату информационно-консультационных услуг врача, возврату не подлежат, независимо от моей удовлетворенности планом и результатами операции.

Я подтверждаю, что получил(а) всю необходимую информацию и имел(а) возможность задать врачу все интересующие или неясные мне вопросы, касающиеся данной медицинской услуги. На все, заданные вопросы, я в доступной форме получил(а) удовлетворившие ответы.

Я разрешаю моему врачу делать фотографии и видеозаписи, связанные с моим лечебным процессом.

Содержание настоящего документа мною прочитано и полностью понятно. Решение о лечении (отказе от лечения) в ООО «ЛораВита» принято мною без чьего-либо принуждения, без какого-либо на меня влияния и представляет собой мое добровольное информированное согласие на (отказ от) медицинскую помощь, которое я заверяю личной подписью:

Подпись пациента

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО полностью)

Подпись врача

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО полностью)

Пациент разрешает передать информацию о состоянии своего здоровья следующим лицам:

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

(ФИО полностью)

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

(ФИО полностью)

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

(ФИО полностью)

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

(ФИО полностью)