



При этом я информирован(-а), что некоторые виды медицинских вмешательств без анестезии невозможны. Альтернативой является отказ от лечения.

Я подтверждаю, что достоверно назвал(-а) все известные, имеющиеся у моего ребенка болезни, недуги и аллергические состояния.

Я подтверждаю, что добросовестно ответил(-а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии здоровья моего ребенка.

При проведении местной инъекционной анестезии результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применением им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Исключений, запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства мой ребенок не имеет.

Я удостоверяю, что текст данного информированного согласия на проведение обезболивания (анестезии) ребенку мною прочитан, мне понятно назначение каждого пункта данного документа. Мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы. Полученные разъяснения (ответы) понятны и удовлетворяют меня. Рекомендации, памятка мною получены.

Настоящий документ является приложением к Договору возмездного оказания медицинских услуг № \_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., неотъемлемой частью медицинской карты моего ребенка.

Настоящим я даю согласие на осуществление местного обезболивания моему ребенку.

С рекомендациями, планом лечения, режимом лечения ознакомлен, обязуюсь их выполнять.

Законный представитель √ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
ФИО, подпись

Врач \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
ФИО, подпись

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Я даю информированное добровольное согласие по форме и содержанию, подписанного мною ранее, а именно « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., на медицинское вмешательство – местную анестезию:**