



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

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

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 не имею.

Я удостоверяю, что текст данного информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение каждого пункта данного документа. Мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. Полученные разъяснения (ответы) понятны и удовлетворяют меня. У меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Настоящий документ является приложением к Договору возмездного оказания медицинских услуг № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года неотъемлемой частью моей медицинской карты.

Я подтверждаю согласие на проведение мне местной инъекционной анестезии

\_\_\_\_\_  
(наименование препарата)

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

Пациент  \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
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: