**ООО «Лаванда»**

ИНН 4633041690; 307178 Курская область, г. Железногорск

ул. Мира д.57 корп.2 помещение 1. Лицензия № Л041-01147-46/00399507 от 08.06.2022г.

**Информированное добровольное согласие на отказ от гарантии**

**(как временная мера)**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения.

Паспорт серия и номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Выданный: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Проживающий(ая) по адресу: ул.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Этот раздел бланка заполняется только на несовершеннолетних граждан и лиц, признанных недееспособными:**

Законный представитель(мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ документ удостоверяющий личность :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Я являюсь законным представителем(мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)ребенка или лица, признанного недееспособным\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ознакомлен(а) с расценками на стоматологические услуги, мне разъяснены основные этапы лечения. Я хочу отказаться от предложенного плана лечения мне доктором. Я настаиваю чтобы было проведено требуемое мной лечение и протезирование. Я осознаю последствия моего решения и мне было объяснено доступным мне языком о всех возможных осложнениях и последствиях выбранного лечения и протезирования, предложены все возможные варианты протезирования и лечения. При отказе от дальнейшего лечения, по моей инициативе, стоимость проведённой работы не возвращается. Гарантия на выбранный план лечения мной, ООО «Лаванда» не дается.

Я полностью осознаю выше изложенное, я согласен(на) на медицинское вмешательство в соответствии с требуемым мной планом лечения. Я знаю, что в случае возникновения осложнений клиника не берет на себя ответственность. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом, который является неотъемлемой частью истории болезни, и понимаю, что он имеет юридическую силу, несет для меня правовые последствия и даю согласие на проведение операции.

Пациент:

(Дата) (Подпись) (ФИО)

Врач:

(Дата) (Подпись) (ФИО)