

**ИНФОРМАЦИОННОЕ СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕБНУЮ ПРОЦЕДУРУ**

(уведомление к договору № 1/\_\_\_ от . . . года)

Я, \_\_\_\_\_, согласен(-на) на то, что  
пациент \_\_\_\_\_ пройдёт процедуру  
**нейрореабилитации**

Процедуру выполнит врач \_\_\_\_\_.

Моя ответственность перед пациентом определена действующим законодательством Российской Федерации.

Я осведомлён(-на), что данная процедура может проводиться в медицинских стационарах, однако по морально-этическим соображениям настаиваю на её осуществлении в домашних условиях.

Мне разъяснены и понятны суть заболевания и опасности, связанные с его дальнейшим прогрессированием. В то же время мне понятны все возможные осложнения от выполнения данной процедуры, что может потребовать дополнительного лечения.

Я уведомлён(-на), что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника и назначенных режимов может снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность её совершения в срок и сказаться на состоянии потребителя.

Я удостоверяю, что текст информированного согласия на выполнение данной процедуры мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения мне понятны и меня удовлетворяют.

Доверенное лицо \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Главный врач \_\_\_\_\_

С.В.Царенко