

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со статьями 30, 31, 32, 33 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан. Я, гражданин (ка) (Фамилия, имя, отчество)

Находясь на лечении в ООО «КРУГЛОСУТОЧНАЯ СТОМАТОЛОГИЯ», по добровольному согласию прошу провести все необходимые диагностические исследования и мероприятия, согласно плана лечения, изложенного в медицинской карте. Я получил(а) от лечащего врача всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении. Врач внимательно осмотрел полость рта, разъяснил преимущества и сложности предполагаемого метода лечения. Для проведения комплексного стоматологического лечения пациенту рекомендовано (нужное подчеркнуть):

- проведение проф. гигиены полости рта каждые 6 месяцев.
- получить консультацию: ортопеда, имплантолога, парадонтолога, ортодонта, хирурга.

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
Подпись Заказчика (Пациента)

### 1. СОГЛАСИЕ НА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ПРИ ОКАЗАНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ:

- о факторах риска и понимаю, что проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства сопряжено с риском возникновения нарушений со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, преднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода;

- что во время анестезиологического пособия, могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае, я согласен (-на) на то, что вид и тактика анестезиологического пособия может быть изменена врачом по его усмотрению.

### 2. СОГЛАСИЕ НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ, НА ЛЕЧЕНИЕ ЗУБОВ ПО ПОВОДУ ГЛУБОКОГО КАРИЕСА, НА ЭНДОДОНТИЧЕСКОЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ:

Информация по заболеванию «кариес»

1. Этиология патогенез заболевания кариесом связаны с недостатком гигиены и эндогенными причинами, определяющими устойчивость к кариесу.
2. Методы диагностики: осмотр, зондирование, химические кариес маркеры, рентгенологическое исследование.
3. Методы лечения, в соответствии с принципами медицинской практики и современными достижениями медицины: удаление пораженных тканей, замещение пораженных тканей пломбировочным материалом.
4. Перспективы и результаты медицинского вмешательства по данным медицинской литературы при имеющемся заболевании зависят при качественно оказанной помощи от текущего и последующего состояния здоровья, от соблюдения пациентом рекомендаций по сохранению результата лечения, посещений профилактических осмотров. Альтернативным способом лечения является удаление зуба, отсутствие лечения. При отказе от лечения неизбежно прогрессирование разрушения зуба, появление и усиление болевых ощущений, развитие осложнений - пульпита, затем периодонтита, остеомиелита.

Информация по заболеванию «глубокий кариес»

1. Глубокий кариес зуба - это стадия деструктивного патологического процесса, дальнейшее распространение которого вызывает воспаление пульпы (сосудисто-нервного пучка, находящегося в полости зуба), предотвратить которое не всегда удается консервативными методами лечения, являющимися предпочтительными в сравнении с радикальным методом - хирургическим удалением пульпы (депульпированием);
2. Сохранение пульпы зуба делается с целью обеспечения его дальнейшего полноценного функционирования как органа зубочелюстной системы;
3. Лечение глубокого кариеса требует обширного иссечения патологически измененных тканей коронки зуба, в процессе которого возможно выявление точки вскрытия полости зуба, требующее депульпирования и эндодонтического (внутри канального) лечения зуба;
4. Возникший дефект коронки зуба устраняется посредством постановки пломбы из материала, согласованного с Заказчиком. При больших дефектах дополнительную устойчивость пломбе обеспечивает предварительная установка внутри корневых стекловолоконных штифтов;
5. В ходе лечения возможна необходимая согласованная корректировка плана, сроков и объема лечения, дополнительно оплачиваемая Заказчиком.

Информация по эндодонтическому лечению (лечению каналов)

Методы диагностики для данного заболевания: электроодонтометрия, рентгенологическое исследование, опрос жалоб, осмотр.

Перспективы и результаты медицинского вмешательства по данным медицинской литературы при имеющемся заболевании зависят, при качественно оказанной помощи, от общего состояния организма, индивидуальных анатомо-физиологических особенностей, от соблюдения пациентом рекомендаций по сохранению результата лечения, посещений профилактических осмотров, методов и результатов ранее проводимого лечения.

Возможные осложнения, время их развития и исчезновения, методы и результаты их коррекции: имеется определенный процент (5-20%) неудачного эндодонтического лечения, обусловленного сложным анатомическим строением каналов, что может потребовать перелечивания корневых каналов в будущем, периапикальной хирургии и даже удаления зуба. Во время лечения корневых каналов возможна поломка инструментов, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала, либо перфорацию стенки корня и последующую потерю зуба. При перелечивании ранее леченных корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается, что связано:

- с невозможностью удалить старую корневую пломбу, либо металлический/стекловолоконный штифт из корневого канала, с сильной кальцификацией корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфораций, поломки инструментов).

- при лечении искривленных и разветвленных корневых каналов также существует более высокий процент поломки инструментов, перфораций и переломов корня.

- возможны осложнения, вызванные анестезией, приемом анальгетиков и антибиотиков описанные в аннотациях к данным препаратам

- болевые ощущения, отёк и гематома мягких тканей могут возникнуть в первые 2-4 дня после лечения. Лечение осложнений, в зависимости от выраженности и состояния тяжести, может потребовать приема антибиотиков, обезболивающих, десенсибилизирующих препаратов, хирургического лечения (вплоть до удаления зуба).

### ***Информация для пациента, планирующего эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов зуба)***

1. Я проинформирован(а), что эндодонтическое лечение имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее я понимаю, что лечение является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех. Это обусловлено медицинской спецификой лечения, индивидуальными особенностями строения корневых каналов, состоянием иммунного статуса пациента.

2. Лечащий врач в доступной форме объяснил мне все возможные осложнения, которые могут произойти во время эндодонтического лечения, а именно:

- невозможность прохождения канала зуба на всю длину по анатомическим и физиологическим причинам (выраженное искривление канала, кальцификация и облитерация просвета канала);

- перфорация стенки корня;

- поломка инструмента внутри канала и невозможность его извлечения;

- невозможность полностью распломбировать канал зуба при перелечивании; удалить инородное тело (анкерный штифт, стекловолоконный штифт).

3. Я проинформирован(а), что последствиями отказа от лечения могут быть: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление или нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба.

Возможные осложнения, время их развития и исчезновения, методы и результаты их коррекции:

Гематома – после проведения местной анестезии, проходит самопроизвольно в течение недели.

Пульпит - может возникнуть в любой срок, требует обязательного лечения каналов зуба;

Скол стенки зуба – может возникнуть в любой срок, требуется лечение каналов, реставрация коронки зуба вкладкой или коронкой, в случае скола под десну показано удаление.

Изменение цвета пломбы может возникнуть в любой срок, требуется повторная реставрация.

Болевые ощущения могут возникнуть на протяжении первых 2-4 дней после лечения. При этом может потребоваться удаление пульпы, прием антибиотиков, обезболивающих, десенсибилизирующих препаратов.

Методы реабилитации после проведения лечения, способствующие скорейшему выздоровлению, а также методы первичной и вторичной профилактики: соблюдение рекомендаций врача, покрытие пломбы и эмали зуба защитными средствами, соблюдение гигиены полости рта, поддержание высокой неспецифической сопротивляемости организма, посещение врача для профилактических осмотров 1 раз в 6 мес.

На терапевтическое лечение (постановка пломб и первичное эндодонтическое лечение-лечение каналов) устанавливается гарантия один год, если иного не установлено врачом соответствующей записью в медицинской карте.

### ***Методы реабилитации после проведения лечения, способствующие скорейшему выздоровлению, методы первичной и вторичной профилактики осложнений:***

1. Выполнение рекомендаций врача;

2. Периодический рентгенологический контроль состояния окружающих тканей зуба,

3. После эндодонтического лечения, возможно, будет рекомендовано покрыть зуб коронкой или вкладкой/накладкой для предохранения зуба от поражения кариесом или перелома зуба.

4. При необходимости повторного эндодонтического лечения (лечения каналов) в зубах ранее уже эндодонтически леченых в других клиниках, Исполнитель обязуется грамотно и последовательно выполнить диагностические,

лечебные и профилактические мероприятия, направленные на улучшение состояния зуба. Тем не менее, такое лечение не может иметь гарантированного положительного результата.

5. На зубы с диагнозом периодонтит, околокорневая киста, межкорневая резорбция кости или другой периапикальной патологией, а также на зубы, леченные ранее в других клиниках по поводу аналогичных заболеваний, на зубы с кариесом корня гарантия не распространяется.

6. В отдельных сложных случаях по просьбе пациента лечение или протезирование может производиться условно, т.е. без гарантированного положительного результата. На такие случаи гарантия не распространяется, деньги не возвращаются и не учитываются при последующем лечении. Влияние медицинского вмешательства на качество жизни: повышение вероятности сохранения зуба и увеличение срока его службы. Альтернативным вариантом является удаление зуба.

***Мне известно, что:***

- отказ от лечения приведёт к прогрессированию заболевания, развитию инфекционных осложнений, появлению или нарастанию болевых ощущений, образованию кисты, потере зуба, а также к системным проявлениям заболевания.
- при проведении стоматологического лечения возможны аллергические реакции и связанные с ними осложнения. В случае необходимости я доверяю врачу расширить объём оказываемых услуг до необходимого для надлежащего оказания медицинских услуг или предотвращения вреда состоянию моего здоровья.

**3. СОГЛАСИЕ НА ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ:**

***Информация для пациента, планирующего хирургическое стоматологическое лечение (удаление зубов)***

1. Я проинформирован(а) о соблюдении мной определенных требований непосредственно перед и после хирургического стоматологического вмешательством, а именно:

- в день хирургического стоматологического лечения рекомендуется принимать легкую пищу;
- на операцию лучше прийти в удобной свободной одежде;
- перед операцией желательно посетить туалетную комнату;
- снизить или полностью исключить употребление табака в любых формах за 2 недели до операции и 2 недели после операции
- после операции желательно не садиться за руль, особенно если операция проводилась под наркозом.
- после операции необходима щадящая мягкая диета, питание должно быть полноценным и рациональным, после имплантации необходимы регулярные явки на контрольные осмотры, тщательная гигиена полости рта, выполнение всех назначений лечащего врача, информирование лечащего врача обо всех изменениях, которые могут произойти в послеоперационном периоде.

2. Мне объяснено, что после любого хирургического лечения мне необходимо быть в зоне доступности в течение 14 дней.

3. Я, проинформирован(а) в доступной для меня форме о состоянии моего здоровья, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания.

4. Мне, в доступной для меня форме даны разъяснения о целях и методах хирургического лечения (удаления зуба), объяснен в понятной форме план стоматологического лечения, включая ожидаемые результаты, риски, пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, также необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим. Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о виде лечения.

5. Мне объяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления плана лечения, выяснится необходимость в частичном или полном изменении плана лечения. Могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее.

6. Решения о проведении хирургического лечения (удаления зуба) принимает пациент или его законный представитель.

7. Пациент (законный представитель) может отказаться от проведения лечения.

8. Я проинформирован(а), что последствиями отказа от лечения могут быть: развитие инфекционных осложнений, появление и нарастание болевых ощущений, а также системные проявления заболеваний зубов и полости рта

9. Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях проведенного медицинского вмешательства:

- основные осложнения оперативного лечения обусловлены, в первую очередь, анатомо-физиологическими особенностями организма. Хирургическое лечение (удаление зуба) в области верхней челюсти проводится при непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе. При перфорации дна пазухи носа возможно воспалительное осложнение в этой области. При хирургических вмешательствах в области нижней челюсти, при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу, возможно онемение языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти.

- осложнения оперативного лечения также могут быть обусловлены наличием уже имеющегося хронического либо острого патологического процесса челюстно-лицевой области (остеомиелит, кисты и др.).

10. Мне понятно, что послеоперационный, восстановительный процесс, строго индивидуален по длительности и характеру лечения. Может возникнуть отечность десны, онемения, в области проведенной операции или лица после хирургического вмешательства; тризм (ограниченное открывание рта), которые могут быть в течение несколько дней и дольше.

10. Я осведомлен(а), что отсутствие регенерации костного послеоперационного дефекта непрогнозируемое и может привести к необходимости нового оперативного вмешательства, направленного на пластическое замещение костного дефекта.

11. Я предупрежден(а), что несоблюдение рекомендаций лечащего врача освобождает медицинскую организацию от ответственности за неблагоприятный исход процедуры.

#### **4. СОГЛАСИЕ НА СЪЁМНОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ (СЪЁМНОЕ / НЕСЪЁМНОЕ) НА ЛЕЧЕНИЕ ДЛЯ ОПОР МОСТОВИДНЫХ КОНСТРУКЦИЙ ПРОТЕЗОВ:**

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со статьями 30, 31, 32, 33 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан. Япо добровольному согласию прошу провести все необходимые диагностические исследования и мероприятия, согласно плана лечения, изложенного в медицинской карте. Я получил(а) от лечащего врача всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении. Врач внимательно осмотрел полость рта, разъяснил преимущества и сложности предполагаемого метода лечения. О плане и объёме предстоящего лечения, а так же о том, что:

Информация для пациента, планирующего съёмное протезирование зубов (ортопедическое лечение).

- зубное протезирование осуществляется путем изготовления несъемных съемных зубных протезов (устройств, изготовленных врачом-ортопедом и зубным техником, и предназначенных для замещения дефекта зубного ряда, восстановления функции жевания и косметики, путем фиксации в полости рта пациента на имеющиеся зубы, - зубные имплантаты, или с опорой на альвеолярный отросток верхней и /или/ нижней челюсти);

Побочные эффекты, не связанные с действием Исполнителя

1. Невнятная речь, затрудненное разжевывание пищи, ослабление вкусовых ощущений, чувство тошноты от нескольких дней до двух месяцев. Проходят по мере привыкания к зубным протезам. Наличие во рту инородного тела (зубного протеза).

2. Металлический привкус во рту, чувство жжения и пощипывания в языке, изменение вкусовой чувствительности (горький или кислый вкус), повышенное слюноотделение или сухость во рту, першение в горле, оскомины на зубах, покраснение и отечность мягких тканей лица (век, носа, губ, щек), в момент смыкания челюстей могут возникать боли дергающего характера - ощущение "удара током". Эти ощущения более выражены по утрам и ослабевают после еды. Острая и соленая пища вызывает усиление этих явлений. Протезные /аллергические/ стоматиты.

Наличие микротоков, обусловленных взаимодействием металлической части протеза с кислотно-щелочной средой ротовой полости. Воспалительная /аллергическая/ реакция слизистой полости рта на материалы, из которых изготовлены зубные протезы.

3. Головная боль, головокружение, слабость, утомляемость, тошнота, расстройства пищеварения, нарушение сна. Период адаптации к зубным протезам.

4. Неудовлетворительная фиксация и стабилизация съемного протеза при полном отсутствии зубов на нижней челюсти, Наличие гиперемии /покраснения/ по краю съемного протеза. Пролежень /результат механического воздействия зубного протезом на слизистую оболочку полости рта /. Неравномерная атрофия, наличие острых болезненных костных выступов и /или/ выраженных валиков альвеолярного отростка нижней челюсти в сочетании с подвижными тяжами слизистой оболочки, а также повышенным тонусом мышц дна полости рта.

Информация для пациента, планирующего несъемное протезирование зубов (ортопедическое лечение).

1. Я проинформирован(а), что перед проведением ортопедического лечения очень важно пройти необходимую подготовку (лечение зубов, лечение десен, исправление прикуса, профессиональную гигиену, отбеливание и т.д.)

2. Мне объяснено, что любой вид протезирования зубов требует адаптационного периода, длительность и выраженность которого зависит, в том числе и от состояния эмоционально-психической деятельности пациента и состояния его здоровья.

3. Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами протезирования, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение жевательного органа, рецидивы деструктивных процессов в зубах и тканях челюсти).

4. Я проинформирован(а), что последствиями отказа от ортопедического лечения могут быть: перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой после проведенного эндодонтического лечения, прогрессирующее зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирующее заболевание пародонта, быстрая утрата оставшихся зубов, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

5. Мне понятно, что имплантация является самым передовым методом замещения отсутствующих зубов.

Информация для пациента, планирующего лечение для опор мостовидных конструкций протезов (ортопедическое лечение).

Мне понятно, что ортопедическое лечение не исключает других стоматологических манипуляций как перед протезированием, так и в процессе ортопедического лечения. Мероприятия по терапевтическому, пародонтологическому, ортодонтическому и хирургическому лечению зубов, а так же имплантация могут быть обязательными условием для достижения необходимого положительного результата ортопедического лечения. При использовании ортопедического метода стоматологического лечения имеется вероятность возникновения непредвиденных обстоятельств, в связи с тем, что специфика медицинской услуги предполагает вмешательство в биологические процессы, не контролируемые в 100% случаев волей человека и не изученные окончательно современной медицинской наукой. Я информирован (а) , что в крайне редких случаях, во время проведения ортопедических манипуляций и после, по независящим от врача и правильности манипуляций причинам, возможно возникновение таких обстоятельств как:

- необходимость лечения корневых каналов при обработке зуба под искусственную коронку;
- необходимость удаления зуба с сомнительным или неблагоприятным прогнозом лечения(сложная анатомия каналов, выраженные очаги деструкции костной ткани и т.д.);
- удаление зуба вследствие выраженного поражения коронки зуба и(или) корня кариозным процессом, в результате чего невозможно создать благоприятные условия для адекватной фиксации протеза;
- необходимость лечения(перелечивания) корневых каналов зуба, покрытого коронкой, вследствие развития воспалительных изменений в каналах и тканях, окружающих зуб, что потребует снятия или переделки ортопедической конструкции
- удаление зуба в результате его травматического раскола установленной опорной конструкцией;
- возникновение стойких расстройств в виде затрудненной адаптации к протезам, чувство тошноты, нарушение функции речи, жевания, глотания;
- другие психофункциональные расстройства;
- поломка протеза при наличии патологии височно–нижнечелюстных суставов;
- появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов искусственных конструкций;
- невралгии;

Я уведомлен, о возможных конструктивных, эстетических и функциональных особенностях искусственных ортопедических конструкций, не относящихся к существенным недостаткам оказанных услуг и не независящих от врача и правильности проведенных манипуляций, таких как:

- застревание пищи;
- наличие шахт для доступа к винтам;
- наличие видимых элементов фиксации съемных протезов (замки, кнопки, кламмера) и металлических частей коронок;
- отсутствие разделения между спаянными коронками в составе мостовидных конструкций;
- отсутствие чувствительности к сжатию зубов;
- изменение всех видов чувствительности при перекрывании частями протеза слизистой оболочки полости рта;
- необходимость применения специальных средств для лучшей фиксации съемных протезов;
- неудобство при жевании;
- изменение дикции;
- многократные примерки и коррекции протезов в процессе и после их изготовления, необходимые для индивидуализации и получения наилучшего результата протезирования;
- раскручивание винта, фиксирующего ортопедическую конструкцию на имплантатах;
- нарушение фиксации постоянных и временных конструкций;
- снижение качества фиксации съемного протеза в процессе эксплуатации из-за естественного физического износа элементов фиксации, что потребует активации или замены фиксирующих элементов.

Я, гражданин (ка) (Фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_

*Настоящей подписью удостоверяю, что:*

*- я даю согласие на осуществление моего обследования, необходимого для установления диагноза, в том числе методом рентгенографии;*

*- я имел (-а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы, а полученные объяснения мне понятны и полностью удовлетворяют;*

*- я понимаю юридическую значимость данного документа и правовые последствия его подписания.*

*- я разрешаю введение обезболивающих веществ для локальной анестезии и лекарственных средств по показаниям (в т.ч., антибиотиков и гормональных препаратов);*

*- я понимаю, что применение лекарственных и обезболивающих средств может обусловить развитие в моем организме аллергической реакции (индивидуальной непереносимости).*

*- я поставил (-ла) в известность лечащего врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов. Обо всех перенесенных мною (представляемым) известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях. Об экологических и производственных, факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.*

*-я сообщил (-ла) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств*

*- я ознакомлен (-а) и согласен (-а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на проведение анестезиологического обеспечения и медицинского вмешательства в предложенном объеме;*

*- мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.*

*- я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на анестезиологическое пособие при оказании стоматологических услуг, терапевтическое стоматологическое лечение, на лечение зубов по поводу глубокого кариеса, на эндодонтическое стоматологическое лечение, оказание неотложной хирургической стоматологической помощи, съёмное протезирование (съёмное / несъёмное) на лечение для опор мостовидных конструкций протезов, мной прочитан. Мне понятно назначение данного документа, мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.*

*Лист информированного согласия мною прочитан, осознан и понят, достаточен для принятия решения о согласии на получение медицинских услуг.*

Заказчик (Пациент) \_\_\_\_\_

ФИО

Подпись Заказчика (Пациента)

Один экземпляр «ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА» получен.

Заказчик (Пациент) \_\_\_\_\_

ФИО

Подпись Заказчика (Пациента)