**ИНФОРМИРОВАННЫЙ ДОБРОВОЛЬНЫЙОТКАЗ ПАЦИЕНТАОТ ГАРАНТИЙ**

**НА РЕЗУЛЬТАТ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Пациент:** | Сидров Сидор Сидорович …..2001 года рождения |
| **Медицинская организация:** | Общество с ограниченной ответственностью «Стоматологическая клиника» |
| **Медицинские услуги:** | Лечение с брекет-системой «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»  Фиксация брекет-системы «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» |

Пациент в соответствии с требованиями статьи 20 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» дал Медицинской организации информированное добровольное согласие на медицинское вмешательствопри оказании Медицинских услуг.

Медицинскими работниками Медицинской организации доведено до сведения Пациента, что **состояние здоровья Пациента и индивидуальные особенности организма Пациента не позволяют с убедительностью утверждать о возможности гарантированного достижения положительного результата лечебных манипуляций в рамках оказания Медицинских услуг.**

**Пациент понимает, что при проведении лечебных манипуляций при оказании Медицинских услуг в его конкретном случае, обусловленном индивидуальными особенностями организма Пациента, существует высокая вероятность недостижения ожидаемого медицинского, эстетического и (или) лечебного результата.**

С учетом изложенного, **Медицинская организация не может гарантировать Пациенту достижение ожидаемого медицинского, эстетического и (или) лечебного результата и не предоставляет в связи с этим Пациенту никаких гарантий в отношении соответствия результатов оказания медицинских услуг требованиям Пациента и (или) планируемому / ожидаемому результату / эффекту.**

Пациент подтверждает, что:

* ему понятен смысл всех используемых терминов;
* ему предоставлена полная, необходимая и достаточная информация о состоянии его здоровья и медицинском вмешательстве, позволяющая ему сделать осознанный выбор;
* ему известны возможные последствия медицинского вмешательства.

На основании изложенного, **Пациент добровольно и осознанно соглашается с отсутствием гарантий в отношении результатов оказания Медицинских услуг со стороны Медицинской организации и заявляет об отсутствии каких-либо требований к результатам оказания Медицинских услуг.**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Фамилия, инициалы и подпись пациента:*** |  |
| ***Фамилия, имя, отчество и подпись врача:*** |  |

*Дата: «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202 \_\_года*

*За пациента ребёнка до 15-лет или недееспособного документ подписывается законным представителем.*