

ООО «Клиника красоты Джаватхановой Амины»

Медицинская лицензия ЛО -05-01-001837
Фарм-я лицензия ЛО -05-02-001248

ИНН 0571011783 КПП 057101001
ОГРН 1170571021356

г. Махачкала, ул. Ермошкина,99
Тел.: 8928-250-96-23 8988-291-99-69

Добровольное информационное согласие на услугу – Консультация врача

Я _____, (ФИО пациента)

даю добровольное согласие

врачу _____ далее

(лечащий врач) на проведение консультационного обследования.

Я подтверждаю, что в Анкете анамнеза указала все известные имеющиеся у меня болезни, недуги и состояния.

Я подтверждаю, что добросовестно ответила на все вопросы лечащего врача, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья. Дополнительных условий мною не выдвигаются.

Я даю свое согласие на проведение фотосъёмки (до и после процедур), проведение исследований для улучшения качества диагностики и анализа хода манипуляции.

Возможно, по результатам обследования потребуется проведение дополнительных диагностических, лечебных или коррекционных процедур.

Мне сообщена информация о том, что я имею возможность задавать все интересующие меня вопросы и получать исчерпывающие ответы на них. Я внимательно ознакомилась с данным документом и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты. В случае согласия на дальнейшее лечение в «Клинике красоты Джаватхановой Амины», я обязуюсь выполнять все рекомендации данные мне лечащим врачом, о чем письменно своей подписью подтверждаю.

На указанных условиях и в соответствующем им порядке, я понимаю и подтверждаю свое согласие на проведение консультации. Даю разрешение на свое фото и обработку моих персональных данных.

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении, и что я согласен (согласна) с названными мне условиями и планом его проведения. От предложенных альтернативных методов лечения отказываюсь.

Также я проинформирован, что ориентировочная стоимость лечения составит _____.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента _____

Подпись врача _____