**Информированное согласие пациента**

Я, нижеподписавшийся(аяся), подтверждаю, что после обследования и беседы с врачом мне понятен план лечения, его объём, возможные осложнения на различных этапах лечения. Я понимаю, что в ходе лечения план, этапы, объем лечения могут изменяться с учетом возможных осложнений, необходимости дополнительного обследования, изменений сроков лечения и возможных дополнительных расходов.

Я получил(а) ответы на все мои вопросы и полностью доверяю квалификации врача.

С настоящим согласием я подтверждаю своё согласие на проведение предложенного плана лечения и обязуюсь соблюдать все рекомендации врача.

На лечение согласен(на).

С условиями оплаты согласен(на).

Оплата лечения пациентом осуществляется в соответствии с прейскурантом клиники на день оказания услуг.