**Информированное согласие пациента**

Я, нижеподписавшийся(аяся), подтверждаю, что ознакомлен(а) с планом лечения, его объемом, возможными осложнениями и изменениями, которые могут возникнуть в процессе лечения. Я понимаю, что в ходе лечения могут быть корректировки, связанные с осложнениями, дополнительными обследованиями, изменением сроков или объема лечения, а также возможными дополнительными расходами.

Я также подтверждаю, что получил(а) все необходимые разъяснения и доверяю квалификации врача.

Подписывая данный документ, я даю согласие на проведение предложенного плана лечения и обязуюсь соблюдать рекомендации врача, а также согласен(на) с условиями оплаты в соответствии с прейскурантом клиники на момент оказания услуг.

/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ fio /