



ЛОР ЦЕНТР ДОКТОРА СТОЛЯРОВА
 (ООО «Доктор Нос») **НАШ АДРЕС**
 Адрес: г. Пермь, ул. Шереметьевская, д. 10, пом. V
 ЛОР ЦЕНТР ДОКТОРА СТОЛЯРОВА
 Персонал: ЛО41-01137-77 (Семин) 2-й этаж
 ЛО41-01137-77 (Семин) 2-й этаж
 ОГРН 1190652011574 ОКПО 41013233

drnose.ru
 mail@drnose.ru
 +7(925)255-05-20

Лицензия № ЛО41-01137-77/00324581 от 29.07.2021
 +7(499)399-05-20



Консультация сурдолог Прошин Антон Юрьевич

Дата 25.04.2025

Пациент: Гитинова Сафия Шамиловна
 Дата рождения: 2022

Основной диагноз:

H90.1 Кондуктивная потеря слуха односторонняя с нормальным слухом на противоположном ухе

Нарушение слуха по звукопроводящему типу слева. Хроническая левосторонняя кондуктивная тугоухость 1 степени. Норма слуха справа

Исход заболевания:

Без динамики

Схема лечения:

С учетом особенности анатомии наружного слухового прохода (сужен с двух сторон в костном отделе), для оптимальной слухоречевой реабилитации, на период роста ребенка и физиологического увеличения диаметра слухового прохода - рекомендовано моноауральное слухопротезирование (на левое ухо), цифровым программируемым слуховым аппаратом костного проведения неимплантируемого типа на бондаже.



25.04.25 Гитинова С.М.

Уверенное согласие на несоблюдение назначения (рекомендаций) врача при оказании платных медицинских услуг

1. Мне разъяснено и я осознаю, что проводимое лечение не гарантирует 100% результат и что при медицинском вмешательстве и после него, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения.
2. Мне разъяснено и я осознаю, что несоблюдение указанных рекомендаций является нарушением юридической ответственности ребенка, предоставляющего платные медицинские услуги, в том числе назначенного режима лечения могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательный результат со стороны моего здоровья.
3. Я согласен с тем, что исполняя требования врача, я не могу гарантировать исключение вероятности возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, не несет ответственности за их возникновение.
4. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения (и/или) исполнения все-назначений, рекомендаций и советов врачей.
5. Настоящее уведомление мною прочитано, в полном объеме понято, осмыслено и осознаю последствия несоблюдения мною назначений (рекомендаций) врача.

ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА
 Подпись законного представителя пациента