

**Информированное добровольное согласие пациента  
на предоставление медицинских услуг на платной основе**

Генеральному директору ООО «Мединсайт» Кузиной Анастасии Владиславовне, на основании ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», от 21.11.2011 № 323-ФЗ и в соответствии с требованиями «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г. № 1006,

я, \_\_\_\_\_,  
дата рождения \_\_\_\_\_, в рамках Договора на оказание медицинских услуг от \_\_\_\_\_ г., желаю получить платные медицинские услуги в ООО «Мединсайт» (далее — медицинский центр), по адресу: **г. Москва, Варшавское шоссе, д.21** при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я ознакомился(ась) с «Правилами оказания медицинских услуг в ООО «Мединсайт», об условиях и сроках получения медицинской помощи информирован (а).
2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и одновременно несколько видов медицинских услуг.
3. Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат, и что при оказании мне медицинских услуг и после них, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.
4. Я согласен (а) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, медицинский центр не несет ответственности за их возникновение.
5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы специалистов медицинского центра. Несоблюдение указаний (рекомендаций) сотрудников медицинского центра, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.
6. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги именно в данном медицинском центре.
7. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Пациент: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_ г.

Подпись: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Настоящее соглашение подписано Пациентом после проведения разъяснительной беседы и является приложением к Договору об оказании платных медицинских услуг.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_