

**Информированное согласие
об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг**

Я, _____, являющийся Пациентом, в рамках договора об оказании платных медицинских услуг № _____ от « _____ » _____ 20__ г., желаю получить платные медицинские услуги в «Умка Фэмили» (далее - Исполнитель) за плату, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее.

Я, получив от лечащего врача _____ полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание платных медицинских услуг и готов их оплатить.

Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг, в то время как я рассмотрел различные варианты получения медицинских услуг, и то, что мне могут оказать аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе.

Я согласен 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, исполнитель не несет ответственности за их возникновение.

Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и нескольких видов услуг.

Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей исполнителя.

Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость оказанных медицинских услуг в соответствии с ним.

Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с лечащим врачом, и я даю свое согласие на их оплату. Не возражаю против записи медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием – исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Я уведомлен, что несоблюдение указаний (рекомендаций) лечащего врача, 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 моем состоянии здоровья.

Я разрешаю передавать сведения о моем здоровье и диагнозе, медицинских вмешательствах, персональных и биометрических данных:

Моему /моей (указать степень родства Ф.И.О) _____

Я НЕ разрешаю передавать сведения о моем здоровье и диагнозе, медицинских вмешательствах, персональных и биометрических данных:

Моему /моей (указать степень родства Ф.И.О) _____

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Настоящее информированное соглашение подписано мною после проведения предварительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

«Исполнитель»:

**ООО «Умка Фэмили»
344000, Ростов-на-Дону, Греческого
города Волос 45/Газетный 107
ИНН 6165222197
ОГРН 1196196044978**

«Потребитель» («Заказчик»):

ФИО

Паспорт серия _____ № _____
Выдан (наименование органа
выдачи) _____
Адрес: _____
Телефон: _____

м.п.

Дата подписания: « _____ » _____ 20__ г.

_____ (_____)
подпись (ФИО)

Дата подписания: « _____ » _____ 20__ г.

С условиями настоящего договора согласен,
договор подписываю добровольно

