

**Приложение №1 к Договору от \_\_\_\_\_ г.**  
**Информированное добровольное согласие об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг.**

Я, \_\_\_\_\_ года рождения,  
(ФИО) (дата рождения)

зарегистрированный по адресу:

\_\_\_\_\_ (адрес места жительства Потребителя)

Желаю получить платные медицинские услуги в ООО «Ренессанс-С», и (в соответствии с Постановлением №1006 от 04.10.2012 Правительства РФ и Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ) даю информированное согласие на проведение мне инвазивного (оперативного) вмешательства.

Мне в доступной для меня форме разъяснены и мною осознаны цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинского вмешательства, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг, ознакомлен с действующим прейскурантом и готов их оплатить.
2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.
3. Я имел(а) возможность задать интересующие меня вопросы врачу перед медицинской услугой.
4. Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат и что при проведении операции и после нее, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения.
5. Я согласен с тем, что используемая технология инвазивного вмешательства 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.
6. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.
7. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с врачом и я даю свое согласие на их оплату.
8. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие виды дополнительных медицинских услуг: \_\_\_\_\_, которые я хочу получить в ООО «Ренессанс-С» и согласен(на) их оплатить.
9. Настоящее информированное добровольное согласие мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Потребитель: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Исполнитель \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Дата оформления \_\_\_\_\_ г.