

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

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

(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 опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; на осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; антропометрические исследования; термометрию; тонометрию, введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе в/в, в/м, п/к, в/к.

Мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников ООО «Ренессанс-С» 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 ООО «Ренессанс-С», ознакомлен с действующим прейскурантом ООО «Ренессанс-С» и согласен оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.
2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.
3. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.
4. Если по согласованию с врачом мною добровольно, без какого-либо принуждения будут выбраны дополнительные виды медицинских услуг, которые я хочу получить в ООО «Ренессанс-С», согласен(на) их оплатить.

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

---