

Информированное добровольное согласие  
на получение платных медицинских услуг

Я, \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина), «\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан «\_\_» \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_, зарегистрированн\_\_ по адресу: \_\_\_\_\_ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя), даю информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг мной или лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в ООО «Шале Сантэ».

Медицинским работником \_\_\_\_\_ (должность, Ф.И.О. медицинского работника) в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы получения платных медицинских услуг, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств при получении платных медицинских услуг или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранных мной лицах, которым в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья, в том числе после моей смерти, или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе после его смерти (ненужное зачеркнуть).

_____	
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)	
(подпись)	_____
	(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)
(подпись)	_____
	(Ф.И.О. медицинского работника)
«__» _____ г.	
(дата оформления)	