

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

На оказание платных медицинских услуг

г. Москва

[ТекущаяДата]

Я, Пациент (Потребитель) [КлиентФамилия] [КлиентИмя] [КлиентОтчество], в рамках договора об оказании платных медицинских услуг желаю получить платные медицинские услуги в ООО «ФДН», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников ООО «ФДН» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках программы получения бесплатной медицинской помощи (ОМС), даю свое добровольное согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.
2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.
3. Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат, и что при проведении медицинских вмешательств и после них, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения.
4. Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями моего организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, стандартов, порядков оказания медицинской помощи, ООО «ФДН» не несет ответственности за их возникновение.
5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей, специалистов Исполнителя.
6. Я ознакомлен с действующим прейскурантом, и согласен оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.
7. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с врачом, и я даю свое добровольное согласие на их оплату.
8. Я проинформирован, что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других медицинских организациях, и подтверждаю свое согласие на получение указанных медицинских услуг в ООО «ФДН».
9. Настоящее согласие мною прочитано вслух, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю свое добровольное согласие на их применение.

Пациент (Потребитель): _____/[КлиентФИО]

паспорт: серия [КлиентПаспортСерия], номер [КлиентПаспортНомер], выдан [КлиентПаспортВыдан],

[КлиентПаспортДатаВыдачи]г.

Зарегистрирован: [КлиентИндекс], г.[КлиентГород], ул.[КлиентУлица], д.[КлиентДом],
корп.[КлиентКорпус], кв. [КлиентКвартира]

Тел. [КлиентМобТелефон]

Врач ООО «ФДН» _____/