

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

г. Москва

«0» января 1900 г.

Я, _____, паспорт: № _____ выдан _____ г., к. п. _____ являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____ 1900 года рождения в рамках договора об оказании платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги в ООО «ЯСНЫЙ ВЗОР», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников ООО «ЯСНЫЙ ВЗОР» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне медицинских услуг без взимания платы в государственных медицинских учреждениях, в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи ООО «ЯСНЫЙ ВЗОР», даю свое 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 осмотра, диагностических и лабораторных исследований, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения, по независящим от медицинских работников причинам.
4. 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, ООО «ЯСНЫЙ ВЗОР» не несет ответственности за их возникновение.
5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен (на) исполнять все назначения рекомендации и советы врачей.
6. Я ознакомлен с действующим прейскурантом цен 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 согласие на их оплату в кассу ООО «ЯСНЫЙ ВЗОР».
8. Я проинформирован (а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в ООО «ЯСНЫЙ ВЗОР».
9. Не возражаю против записи медицинского вмешательства на информационные носители и предоставление лицам с медицинским образованием – исключительно в медицинских, статистических целях с учетом сохранения врачебной тайны.
10. Настоящее информированное соглашение подписано мною после проведения предварительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг
11. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Законный представитель: паспорт № _____ выдан _____ г., к. п. _____

(подпись пациента)

ООО «ЯСНЫЙ ВЗОР» _____ /Врач-офт Идрисова А.А./
(подпись ответственного лица)