**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ**

**НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

|  |  |
| --- | --- |
| г. Москва | «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_г. |

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО) в рамках Договора об оказании платных медицинских услуг изъявляю желание добровольно и без принуждения получить платные медицинские услуги в Центре патологии позвоночника А.Н. Бакланова, адрес места осуществления медицинской деятельности: 109117, г. Москва, просп. Волгоградский, д. 99, корп.4, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от работников Центра патологии позвоночника А.Н. Бакланова полную информацию о возможности и условиях предоставления мне медицинских услуг в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов(а) их оплатить.
2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных услуг, так и несколько видов платных услуг.
3. Мне разъяснено, и я осознаю, что проводимое лечение не может гарантировать 100% результат, что при проведении медицинского вмешательства, а также после него, могут возникать различные осложнения.
4. Я согласен(согласна) и осознаю, 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, Центр патологии позвоночника А.Н. Бакланова 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 Центра патологии позвоночника А.Н. Бакланова.
6. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(на) 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.
8. Я проинформирован(на), что по поводу имеющегося у меня заболевания я могу получить медицинскую помощь в других медицинских организациях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной услуги в Центре патологии позвоночника А.Н. Бакланова.
9. До заключения Договора я, подписывая настоящее согласие, письменно уведомлен(а) Исполнителем о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья, как Заказчика платной медицинской услуги.
10. Настоящее Согласие прочитано мною вслух, я полностью понимаю смысл и назначение предложенных мне видов платных медицинских услуг и даю согласие на их оказание.

Заказчик:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО)

Паспорт: серия:\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. зарегистрирован

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)

Исполнитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/