

Информированное согласие на сбор анамнеза, консультации и условия оказываемых платных медицинских услуг.

Я, нижеподписавшийся

г.рождения,

зарегистрированный по адресу:

документ, удостоверяющий личность паспорт:

выдан

в рамках Договора оказания платных медицинских услуг №

от . .202 г. желаю получить платные медицинские услуги
в ООО «Л-стайл» (ИНН 1001199479, 185014, г. Петрозаводск, пр-д Владимира Баскова, д. 2,
кв. 185, свидетельство о государственной регистрации серия 10 № 000969200 от 30.10.2017
г. выдано Инспекцией Федеральной налоговой службы по

г. Петрозаводску, лицензия на осуществление медицинской деятельности
№ Л041-01175-10/00339580 от 08.10.2018 г., выдана Министерством здравоохранения
Республики Карелия, адрес места нахождения и телефон лицензирующего органа:
Республика Карелия, г. Петрозаводск, пр-кт Ленина, д. 6, тел (8142) 79-29-00),
при этом мне разъяснено и мною осознано следующее.

1. Я, получив от сотрудников 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 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 лечения и после него, 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 организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением
всех необходимых требований, 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.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.
6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны виды дополнительных медицинских услуг, которые я хочу получить в ООО «Л-стайл» и согласен (на) оплатить лечение.
7. Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.
8. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с врачом, и я даю свое согласие на их оплату в кассу ООО «Л-стайл».
9. Я проинформирован, 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 «Л-стайл».
10. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Дата оформления: « » 202 г.

Подпись: _____/ Настоящее соглашение подписано пациентом на приеме после проведения разъяснительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, нижеподписавшийся

г. рождения,

зарегистрированный по адресу:

документ, удостоверяющий личность паспорт:

выдан даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н, для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Обществе с ограниченной ответственностью «Л-стайл» (ИНН 1001199479, 185014, г. Петрозаводск, пр-д Владимира Баскова, д. 2, кв. 185, свидетельство о государственной регистрации серия 10 № 000969200 от 30.10.2017 г. выдано Инспекцией Федеральной налоговой службы по г. Петрозаводску, лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01175-10/00339580 от 08.10.2018 г., выдана Министерством здравоохранения Республики Карелия, адрес места нахождения и телефон лицензирующего органа: Республика Карелия, г. Петрозаводск, пр-кт Ленина, д. 6, тел (8142) 79-29-00).

Медицинским работником в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, 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, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне понятно, что нарушение или невыполнение рекомендаций врача может стать причиной осложнений и отразиться на конечных результатах процедуры.

В случае ухудшения здоровья или негативных проявлений процедуры обязуюсь информировать об этом лечащего врача.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

Дата оформления: « » 202 г. Подпись
