Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

Я, _____

Фамилия, имя, отчество (при наличии) Потребителя (пациента) или Законного представителя

в отношении _____ ___.___._____ г. рождения

Фамилия, имя, отчество (при наличии) Потребителя (пациента) при подписании согласия законным представителем

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств:

_____

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.

Я информирован(а), что перед осуществлением медицинского вмешательства я имею право отказаться от медицинского вмешательства;

Я информирован(а) о взаимном влиянии патологических процессов, прогнозе для здоровья и жизни, и вероятном изменении качества жизни в случае отказа от предлагаемого медицинского вмешательства либо комплекса лечения;

Я информирован(а) о возможных вариантах обследования, лечения, реабилитации (далее медицинского вмешательства) основного заболевания с учетом мировой практики;

Я информирован(а) о возможных вариантах медицинских вмешательств с учетом сопутствующих заболеваний и возрастных изменений моего организма;

Я информирован(а) о показаниях к применению предлагаемого медицинского вмешательства как оптимального для меня в реальных условиях;

Я информирован(а) о сути, этапах проведения предлагаемого медицинского вмешательства и срочности показанного медицинского вмешательства;

Я информирован(а) о вероятных осложнениях, которые могут развиться во время или сразу после медицинского вмешательства;

Я информирован(а) о необходимости изменения плана медицинского вмешательства при возникновении непредвиденных обстоятельств во время выполнения вмешательства, в случае, если в этот момент я буду не в состоянии выразить свою волю;

Я информирован(а) об ожидаемом эффекте от медицинского вмешательства, возможном отсутствии положительного эффекта или ухудшении состояния и вероятном изменении качества жизни;

Я информирован(а) о своей ответственности за предоставление неполной, искаженной или ложной информации о своем состоянии, реакциях организма, перенесенных заболеваниях, травмах и других фактах, способных повлиять на результаты выполнения медицинского вмешательства;

Я информирован(а) о том, что медицинские манипуляции могут вызывать болевые ощущения не требующие анестезии.

Дата проведения медицинских вмешательств: ___.____.20___г.

Медицинский работник: Пациент (законный представитель):

_____ _____

(подпись) *(подпись)*

Дополнительное соглашение № ___
к Договору на оказание платных медицинских услуг № _____ от «___»_____ («Договор»)

Московская область, г.о. Электросталь, г. Электросталь «___» _____202__ г

Общество с ограниченной ответственностью «Центр семейной медицины «МЕДИНА» (ООО «Центр семейной медицины «МЕДИНА»), ОГРН 1215000047679, ИНН 5053062095, КПП 505301001, расположенное по фактическому адресу (месту осуществления лицензируемого вида деятельности): 144010, Московская область, г.о. Электросталь, г. Электросталь, бульвар 60-Летия Победы, д. 8, помещ. 01, имеющее лицензию № Л041-01162-50/00641516 от 20.02.2023 г., на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»** в от имени которого действует медицинский работник – *(должность)* _____ *(Ф.И.О.)*, с одной стороны, и

_____
Фамилия, имя, отчество (при наличии) Потребителя (пациента) или Законного представителя

в отношении _____ ___.___._____ г. рождения
Фамилия, имя, отчество (при наличии) Потребителя (пациента) при подписании соглашения законным представителем

именуемый в дальнейшем **«Потребитель» (Заказчик)»,** с другой стороны, заключили настоящее дополнительное соглашение о нижеследующем (далее – «Соглашение»):

1. На основании Договора Исполнитель предоставил Потребителю (Заказчику) в доступной для него форме следующую информацию:

-об объеме и стоимости предоставляемых медицинских услуг, указанных в Соглашении;

-о состоянии здоровья Потребителя, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

-сроках исполнения платных медицинских услуг;

-об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению;

-перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с Договором;

-стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты;

-условия и сроки предоставления платных медицинских услуг.

2. Перечень медицинских услуг, оказанных Потребителю (Заказчику) в соответствии с прейскурантом цен на медицинские услуги Исполнителя («Прейскурант»):

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Кол-во	Ф.И.О. медицинская специальность медицинского работника Исполнителя	Стоимость медицинской услуги по Прейскуранту (руб., коп.)	Срок оказания услуги	Дата оказания услуги в полном объеме

1. Итого сумма к оплате: _____ руб. (сумма по талону: _____ руб.)
2. Вышеперечисленные медицинские услуги оказаны Исполнителем полностью и в срок.
3. Потребитель (Заказчик) претензий по объёму, качеству и срокам оказания медицинских услуг не имеет.

От имени Исполнителя:
Медицинский работник Исполнителя:
Должность: _____
Ф.И.О._____
_____
(подпись)

Потребитель (Заказчик) /Законный представитель:
Ф.И.О: _____
Телефон: _____
e-mail: _____
_____
(подпись)