

Общество с ограниченной ответственностью
«Остеовиталь»
ОГРН 5157746038654
Лицензия № ЛО-77-01-017036 от 16.11.2018 г.
Фактический адрес: 124683 г. Москва, вн. тер.муниципальный
округ Крюково, г. Зеленоград, к. 1561
Телефон: 8 (495) 108-11-06

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в рамках
предоставления платных медицинских услуг**

Я, _____ (Ф.И.О. гражданина), «__» _____ года рождения, паспорт: серия _____ № _____, выдан «__» _____ г. _____, зарегистрирован(а) по адресу: _____, на основании ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 г. № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006» даю информированное добровольное согласие на получение медицинской помощи в рамках получения платных медицинских услуг _____ (кем является) _____ (ФИО) законным представителем которого я являюсь, в ООО «Остеовиталь», утвержденным согласно действующему законодательству.

Я проинформирован (а) о возможности получения медицинской услуги бесплатно в рамках Программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, финансируемых за счет средств государственного бюджета и средств обязательного медицинского страхования:

Медицинским работником в доступной для меня форме мне разъяснены методы профилактики, диагностики, лечения, цели, методы получения платных медицинских услуг, 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 при получении платных медицинских услуг или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от работников Клиники полную информацию о возможности и условиях предоставления несовершеннолетнему ребенку бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание платных медицинских услуг.

2. Мне разъяснено, что несовершеннолетний ребенок может получить как один из видов, так и несколько видов медицинских услуг.

3. Мне разъяснено, и я осознал(а), что проводимое лечение не гарантирует 100 % результат.

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 «Остеовиталь» не несет ответственности за их возникновение.

5. Мне разъяснено, что при возникновении каких-либо негативных/несвойственных изменений в состоянии несовершеннолетнего ребенка, связанных по моему мнению с проведенной в ООО «Остеовиталь» процедурой, я обязан(а) незамедлительно известить об этом в письменном виде лечащего врача через администратора, а также в случае обоснованной необходимости приехать с несовершеннолетним ребенком в ООО «Остеовиталь» на прием лечащего врача.

6. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения несовершеннолетний ребенок должен (на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей ООО «Остеовиталь». До заключения Договора я был(а) письменно уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги или повлечь за собой невозможность ее завершения в срок, или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

7. Я ознакомлен (а) с действующим прейскурантом и согласен(а) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним за счет своих личных средств и иных источников дохода, не запрещенных действующим законодательством.

8. Настоящее согласие мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

_____/_____ «__» _____ 20__ г.
(подпись, Ф.И.О. заказчика)