

**Информированное добровольное согласие пациента  
на предоставление медицинских услуг на платной основе**

На основании ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ и в соответствии с требованиями «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г. № 1006,

Я, \_\_\_\_\_, (Ф.И.О)  
желаю получить платные медицинские услуги в **Обществе с ограниченной ответственностью «Нейрофизиологическая лаборатория ЭЭГ-ЛАБ».**

1. Я проинформирован(а) в доступной для меня форме о состоянии моего здоровья, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания.

2. Врачом 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.

3. Мне известны показания и противопоказания к данной медицинской услуге.

4. Я предупрежден (а), что несоблюдение рекомендаций врача освобождает медицинскую организацию от ответственности за неблагоприятный исход данной медицинской услуги.

5. Я проинформирован (а) врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящем, и предупрежден (а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данной медицинской услуги.

6. Я проинформирован (а), что платные медицинские услуги не гарантируют внеочередного получения услуги.

7. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

8. В доступной для меня форме, мне разъяснено, что последствиями отказа от процедуры могут быть: \_\_\_\_\_.

9. Я также даю согласие на обработку и передачу моих персональных данных, в объеме и способами, указанными в Федеральном законе «О персональных данных» от 27.07.2006г. №152-ФЗ, для целей оказания мне медицинских услуг

**Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю согласие на данную медицинскую услугу и готов(а) её оплатить.**

Пациент \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г

Врач \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г