|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 2  к договору  оказания платных  стоматологических услуг |

Информированное добровольное согласие

на получение платных медицинских услуг

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина), "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ года рождения, паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрирован по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя), даю информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг мной или лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в государственном автономном учреждение здравоохранения Свердловской области «Качканарская СП» (полное наименование медицинской организации).

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (должность, Ф.И.О. медицинского работника) в доступной для меня форме мне разъяснены 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](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=452906&date=15.08.2023&dst=100263&field=134) Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранных мной лицах, которым в соответствии с [п. 5 ч. 5 ст. 19](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=452906&date=15.08.2023&dst=608&field=134) Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья, в том числе после моей смерти, или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе после его смерти (ненужное зачеркнуть).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон) | | |
| (подпись) |  | (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина) |
| (подпись) |  | (Ф.И.О. медицинского работника) |
| "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. | | |
|  | | |