**Информированное добровольное согласие пациента**

**на заключение договора на предоставление платных медицинских услуг**

 г. Омск

№ дата

 Я, пациент ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, желаю получить платные медицинские услуги в ООО «Эзрамед Клиник» (далее – Общество) и готов заключить договор на предоставление платных медицинских услуг, при этом мне до заключения вышеуказанного договора работниками Общества разъяснено и мною осознано следующее:

1) я получил(а) полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг, в том числе в других лечебных учреждениях (частной и государственной систем здравоохранения) в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий календарный год и плановый период и (или) Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Омской области на соответствующий календарный год и плановый период (далее – Программы). В данном случае я использую право расширенной свободы выбора при оказании медицинских услуг и выбираю альтернативный вариант лечения на платной основе.

2) я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками, условиями предоставления, порядком оказания и оплаты медицинских услуг в соответствии с договором;

3) несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя услуг (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой мне платной медицинской услуги, что в свою очередь может повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья;

4) я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие и понятные ответы на них.

Выражая согласие на предоставление мне платных медицинских услуг я использую возможность реализовать свое право, предоставленное мне статьей 84 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», на необходимую мне медицинскую помощь в режиме свободно выбираемой медицинской помощи, даже если входящие в состав данной помощи медицинские услуги я вправе получить в рамках правового режима бесплатной медицинской помощи, гарантированной государством.

 Мною добровольно, без какого-либо принуждения выбраны платные медицинские услуги, которые я хочу получить в Обществе и согласен(на) их оплатить в соответствии с действующим прейскурантом цен на платные медицинские услуги в Обществе, заключив соответствующий договор на предоставление платных медицинских услуг, в котором будет указан конкретный перечень платных(ой) медицинских(ой) услуг(и), в том числе, при необходимости, не предусмотренных условиями оказания медицинской помощи по Программам.

Подписывая настоящее информированное добровольное согласие я подтверждаю, что полностью ознакомился(ась) с его содержанием и полностью согласен(на) на предоставление предложенных мне платных медицинских услуг и даю письменное согласие на их получение в Обществе.

Паспорт или иной документ, удостоверяющий личность пациента: паспорт

( серия, номер, кем и когда выдан ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Клиент. ФИО