



Информированное добровольное согласие лица

Я, Заказчик (читать "Пациент", для всех случаев, когда сведения Пациента указаны по тексту Договора, и Пациент является лицом, достигшим 15 лет (16 лет, если лицо является больным наркоманией)) (полные реквизиты и контактные данные представлены в графе «Адреса и реквизиты сторон» Договора), в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» добровольно даю согласие на оказание мне медицинских услуг Исполнителем (полные реквизиты и контактные данные представлены в графе «Адреса и реквизиты сторон» Договора), а также подтверждаю, что:

- мне согласно моей воле даны полные и всесторонние разъяснения о характере медицинских услуг, которые будут оказаны мне (представляемому), о целях, методах оказания медицинской помощи мне, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания мне медицинской помощи;

- я ознакомлен (а) с «Правилами подготовки пациента к лабораторным исследованиям» и обязуюсь их соблюдать;

- я ознакомлен (а) с «Перечнем услуг и ценами на лабораторные исследования» и добровольно даю свое согласие на оказание мне медицинских услуг, предусмотренных указанным Перечнем;

- я информирован (а) о целях, характере и возможных неблагоприятных эффектах медицинских процедур и вмешательств, возможности непреднамеренного причинения вреда моему здоровью, а также о том, что мне следует осуществлять во время их проведения;

- я обязуюсь поставить в известность Исполнителя обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мной и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах; я обязуюсь сообщить правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении мной алкоголя, наркотических и токсических средств,

- я уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой мне медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья,

- я подтверждаю, что фамилия, имя, отчество, место жительства, паспортные данные, номер телефона и адрес электронной почты, указанные мной в Договоре, достоверные и не содержат ошибок, в чем расписался(лась) собственноручно:

Заказчик

_____/_____
(Подпись) (расшифровка подписи)

Пациент (для всех случаев, когда сведения Пациента указаны по тексту Договора, и Пациент является лицом, достигшим 15 лет (16 лет, если лицо является больным наркоманией))

_____/_____
(Подпись) (расшифровка подписи)