**Приложение N 1**

**к договору № \_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2016 г.**

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ**

# на оказание платных медицинских услуг

г. Москва \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **2016г.**

Я, пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в рамках договора об оказании платных медицинских услуг желаю получить платные медицинские услуги в Государственном автономном учреждении здравоохранении «Стоматологической поликлиника № 14 ДЗМ», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1.Я, получив от сотрудников ГАУЗ «СП № 14 ДЗМ» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.

2.Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

3.Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат, и что при проведении операции и после нее, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения.

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, ГАУЗ «СП № 14 ДЗМ» не несет ответственности за их возникновение.

5.Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.

7.Я ознакомлен(на) с действующим прейскурантом и согласен(на) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.

8.Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с врачом и я даю свое согласие на их оплату.

9.Я проинформирован(на), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в ГАУЗ «СП № 14 ДЗМ».

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

Пациент: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,** паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,** зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (должность, фамилия, имя, отчество)