

к Договору на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г. (далее по тексту – «Договор»)

**Согласие на оказание Дополнительных услуг**

Я,

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)  
 " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
 \_\_\_\_\_ (дата рождения гражданина либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)  
 проживающий \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ адресу:

\_\_\_\_\_ (указывается в случае проживания не по месту регистрации)  
 в \_\_\_\_\_ отношении

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)  
 " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу:  
 \_\_\_\_\_ (дата рождения пациента при подписании законным представителем)

\_\_\_\_\_ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

подтверждаю, что врачом \_\_\_\_\_ в рамках предоставления услуг, предусмотренных Договором, выявлена необходимость выполнения следующих действий: \_\_\_\_\_, не предусмотренных Договором, в связи с чем выполнение указанных действия необходимо определить как дополнительные услуги, предоставляемые Исполнителем.

До моего сведения доведены причины, процедура, стоимость, в соответствии с Прейскурантом Исполнителя, а также последствия оказания Дополнительных Услуг, в связи с чем я даю согласие на их проведение в рамках и в соответствии с условиями, определенными Договором.

Медицинским работником \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)  
 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.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г.  
 \_\_\_\_\_ (дата оформления)