

**Информированное согласие об объеме и условиях оказываемых медицинских услуг**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина полностью), в рамках Договора об оказании платных медицинских услуг, паспорт  
серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

(дата и наименование выдавшего органа),

адрес регистрации \_\_\_\_\_, телефон \_\_\_\_\_ желаю  
получить платные медицинские услуги в ООО «Центр репродуктивной медицины «Аист», при этом до  
заключения договора на платные медицинские услуги, мне разъяснено и мной осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников ООО «Центр репродуктивной медицины «Аист», полную информацию  
о возможности и условиях предоставления мне (лицу, законным представителем которого я являюсь)  
бесплатных услуг в ООО «Центр репродуктивной медицины «Аист» в рамках **Программы  
государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской  
помощи**, добровольно и осознанно даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и  
готов(а) их оплатить.

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

3. Мне разъяснены порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи,  
применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, методы оказания медицинской помощи,  
связанные с ними риски, виды медицинского вмешательства, их последствия и ожидаемые результаты  
оказания медицинской помощи, а также информация о возможности осуществления отдельных  
консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого  
стандарта медицинской помощи;

4. Мне предоставлена информация о медицинских работниках, участвующих в предоставлении мне  
(лицу, законным представителем которого я являюсь) платной медицинской услуги, об их  
профессиональном образовании, квалификации, графиках работы; перечне платных медицинских услуг,  
соответствующих номенклатуре медицинских услуг; сроках ожидания платных медицинских услуг; о  
категориях лиц, имеющих право на получение льгот; о форме и способах направления обращений (жалоб) в  
органы государственной власти и организации; правилах внутреннего распорядка для пациентов;

5. Я согласен(а) 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,  
предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской  
Федерации, ООО «Центр репродуктивной медицины «Аист» не несет ответственности за их возникновение.

6. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я (лицо, законным  
представителем которого я являюсь) должен(а) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей  
ООО «Центр репродуктивной медицины «Аист».

7. Мной добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны виды  
медицинских услуг, указанные в приложениях к договору, которые я хочу получить в ООО «Центр  
репродуктивной медицины «Аист», и согласен(а) оплатить их.

8. Я ознакомлен(а) с действующим Прейскурантом и согласен(а) оплатить стоимость указанной  
медицинской услуги в соответствии с ним.

9. Виды выбранных мной платных медицинских услуг согласованы с врачом, и я даю свое согласие  
на их оплату.

10. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня (лица, законным представителем  
которого я являюсь) заболевания могу получить медицинскую помощь в других организациях, и  
подтверждаю свое согласие на получение медицинской услуги в ООО «Центр репродуктивной медицины  
«Аист».

11. Настоящее информированное согласие мной прочитано, я полностью понимаю преимущества  
предложенных мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) видов медицинских услуг и даю  
свое согласие на их применение.

**Потребитель (Заказчик):** \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина полностью),  
подпись \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.