

**Приложение №1 к Договору на оказание платных медицинских услуг №_____ от _____
Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства**

Я,

(ФИО, Дата рождения, адрес прописки/регистрации)

ДЛЯ ЛИЦ, НЕ ДОСТИГШИХ ВОЗРАСТА 15 ЛЕТ ИЛИ НЕДЕЕСПОСОБНЫХ ГРАЖДАН

Я, _____

паспорт: серии _____ номер _____, выдан (кем, дата)

Являюсь законным представителем

(ФИО ребенка/недееспособного полностью, дата рождения)

даю информированное добровольное согласие на следующие виды медицинских вмешательств:
для получения первичной медико-санитарной помощи в Общество с ограниченной ответственностью «Центр современной офтальмологии» по договору на оказание медицинских услуг №_____ от _____

Медицинским работником

(ФИО, должность)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, в том числе в том числе снижение зрительных функций, вплоть до стойкой их утраты, 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 отказываться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 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:

(ФИО, контактный телефон)

(подпись) / _____
(расшифровка)

(подпись) / _____
(ФИО врача)

(дата оформления)