

**Согласие на оказание платных медицинских услуг и заключение договора
на оказание платных стоматологических услуг**

Я, _____
(ФИО прописывается собственноручно полностью)

паспортные данные _____
выдан _____

до получения платной медицинской услуги в ООО «Атлант ЦДИ», ООО «ЦДИ Атлант» и ООО «Филиал Т» и до заключения Договора на оказание платных стоматологических услуг в доступной форме, проинформирован(а) о нижеследующем:

- о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, принятой на текущий год в других медицинских организациях Тюменской области.
- о перечне платных медицинских услуг, предоставляемых в ООО «Атлант ЦДИ», ООО «ЦДИ Атлант» и ООО «Филиал Т», о ценах на платные медицинские услуги, условиях, форме и порядке их предоставления и оплаты;
- о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, уровне их профессионального образования и квалификации;
- мне предоставлена вся необходимая информация об учреждении, в том числе, о режиме работы учреждения, графике работы медицинских работников;
- о контролирующих органах, как надзор в сфере здравоохранения, так и в сфере защиты прав потребителей (их адреса и телефоны), иная информация, предусмотренная правилами предоставления платных медицинских услуг;
- мне предоставлены актуальные сведения о лицензиях ООО «Атлант ЦДИ», ООО «ЦДИ Атлант» и ООО «Филиал Т» на осуществление медицинской деятельности;
- я ознакомлен(а) с перечнем работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензиями;
- о целях, характере, факторах риска и возможных осложнениях при оказании платных медицинских услуг;
- о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья;
- о том, что в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» граждане, находящиеся на лечении обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный период временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

Мною добровольно, своей волей и в своем интересе, без какого-либо принуждения, выбраны виды платных медицинских услуг, которые я хочу получить в ООО «Атлант ЦДИ», ООО «ЦДИ Атлант» и ООО «Филиал Т».

Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом на платные медицинские услуги в ООО «Атлант ЦДИ», ООО «ЦДИ Атлант» и ООО «Филиал Т», и согласен(-на) их оплатить в соответствии с ним.

Я, получив полную информацию о возможности и условиях оказания пациенту бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС, хочу воспользоваться своим правом на получение платных медицинских услуг в соответствии со статьей 84 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю свое согласие на их получение и готов(а) их оплатить.

Я удостоверяю, что текст настоящего информационного согласия мною прочитан, его положения мне понятны, я даю свое согласие на получение и оплату платных медицинских услуг в ООО «Атлант ЦДИ», ООО «ЦДИ Атлант» и ООО «Филиал Т» и на заключение Договора на оказание платных медицинских услуг.

(подпись Потребителя/Законного представителя/Заказчика)

(расшифровка подписи)

Дата