**Информированное добровольное согласие потребителя** **на оказание платных медицинских услуг**

Я, *"Пациент"/"Законный представитель несовершеннолетнего пациента ФИО год рождения" ФИО полностью*:

*,* в целях получения платных медицинских услуг в государственном автономном учреждении здравоохранения "Волгоградская областная клиническая стоматологическая поликлиника", Волгоград (далее – ГАУЗ "ВОКСП") желаю заключить договор об оказании платных медицинских услуг, при этом мне разъяснено и мною осознанно следующее:

1. Я,получив от сотрудников полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках территориальной программы государственных гарантий, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.
2. Я проинформирован, что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую услугу в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свою согласие на получение медицинских услуг в ГАУЗ "ВОКСП".
3. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.
4. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны дополнительные медицинские услуги, которые я хочу получить в ГАУЗ "ВОКСП" и согласен оплатить лечение.
5. Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость указанных медицинских услуг в соответствии с ним.
6. Я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

7. Я проинформирован, о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно
сказаться на состоянии моего здоровья.

Настоящее информированное согласие подписано мною после проведения разъяснительной беседы на приеме у лечащего врача и является выражением моей воли на заключение договора об оказании платных медицинских услуг.

Дата *"Пациент"/"Законный представитель"*:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)