

Приложение
к договору на оказание платных
медицинских услуг от _____.

Информированное добровольное согласие на оказание платных медицинских услуг

Консультация врача

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящих мне медицинских услугах и что я согласен (согласна) с названными мне условиями их проведения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала консультативного приема.

Я _____, обращаюсь за консультативно-диагностическими
(фамилия, имя, отчество пациента)

медицинскими услугами. Я соглашаюсь получить подробные объяснения по поводу моего состояния здоровья, имеющихся заболеваний, рекомендуемых методов дополнительной диагностики и лечения. Я проинформирован(а) врачом об особенностях предстоящей консультации и даю свое согласие на ее проведение, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / _____
(подпись) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: _____ / _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Дата: «___» _____ 202 г.