Приложение

к договору на оказание платных медицинских

услуг от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ИНФОРМАЦИОННОЕ СОГЛАСИЕ**

**об объеме и условиях оказываемых платных стоматологических услуг**

г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_               {ДатаДоговора}

        На основании статьи 84 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» я, **{ФИОПациента}**, желаю получить платные медицинские услуги в {НазваниеСтруктурнойЕдиницы}.

        Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение о предлагаемых диагностических мероприятиях и лечении моего заболевания.

        Мне разъяснено, что я могу получить бесплатно, в рамках системы обязательного медицинского страхования и Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, лечение, соответствующее заболеванию.

        Решение об отказе от получения лечения заболевания в рамках обязательного медицинского страхования и Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи мной принято добровольно.

        Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(а) оплатить стоимость указанной стоматологической услуги в соответствии с ним за счет своих личных средств и иных источников дохода, не запрещенных действующим законодательством.

        Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

Информацию до пациента довел: Должность {ВрачПриёма}

                                                                                                                                      подпись с расшифровкой

Пациент/Законный представитель:

             {ФИОПациента}                                                                                                             подпись