Приложение №2

к договору на оказание платных стоматологических услуг

от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_ г.

**Информированное добровольное согласие**

 **на оказание платных медицинских стоматологических услуг**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Я, |  | , |
|  | (Ф. И. О. пациента) |  |
| « |  | » |  |  года рождения, зарегистрированный  |
| по адресу: |  | , |
|  | (адрес места жительства гражданина либо законного представителя) |  |
| даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее — Перечень), для получения платных медицинских услуг в **Бюджетном учреждении Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Сургутская городская стоматологическая поликлиника № 2».** |  |
|  |  |
| Медицинским работником |  |
|  | (должность, Ф. И. О. медицинского работника) |
|  |

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, 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 отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть),

|  |  |
| --- | --- |
|  | . |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф.И.О. пациента) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф. И. О. медицинского работника) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| « |  | » |  |  г. |
|  |  |  | (дата оформления) |  |