

**АКТ СДАЧИ – ПРИЕМКИ
ОКАЗАННЫХ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПО ДОГОВОРУ № _____**

«___» _____ 20__ г.

Исполнитель: ООО Глазная клиника «ЛЕНАР» им. академика С.Н. Федорова,

Заказчик: _____
(Ф.И.О.)

Потребитель: _____
(Ф.И.О.)

составили настоящий Акт, о том, что платные услуги, указанные в предмете дополнительного соглашения в рамках договора на оказание платных медицинских услуг, предоставлены и оказаны в срок, в полном объеме, и с надлежащим качеством. Заказчик/Потребитель претензий по объему, качеству и срокам оказания медицинских услуг претензий не имеет. Потребитель/Заказчик подтверждает, что бланк строгой отчетности получен на руки. По доверенности «___» _____ 20__ г. № _____

Подпись лица, выдавшего акт _____
подпись Ф.И.О.

Второй экземпляр акта получен Заказчиком/Потребителем на руки.

м.п. Заказчик: _____
(Ф.И.О.)

Потребитель: _____
(Ф.И.О.)

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____ « _____ » _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя) и (дата рождения гражданина либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу: _____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____ « _____ » _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем) и (дата рождения пациента при подписании законным представителем)

проживающего по адресу: _____
(в случае проживания не по месту жительства 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 первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н <1> (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в _____
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 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), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« _____ » _____ 20 _____ г. (дата оформления)