

**Соглашение
об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг
(информированное согласие)**

г. Новосибирск

« ____ » _____ 20__ г.

Я, Пациент _____, в рамках договора об оказании платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги в ООО ЦР «РЕЗОНАНС», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее.

1. Я, получив от сотрудников ООО ЦР «РЕЗОНАНС» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг в ООО ЦР «РЕЗОНАНС» и готов их оплатить.

2. Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат.

3. Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ООО ЦР «РЕЗОНАНС» не несет ответственности за их возникновение.

4. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения и рекомендации врачей ООО ЦР «РЕЗОНАНС».

5. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие виды медицинских услуг, которые я хочу получить в ООО ЦР «РЕЗОНАНС» и согласен(на) оплатить:

Биорезонансная диагностика и терапия;

КВЧ-терапия;

Рефлексотерапия;

Кардиолог – консультация и лечение;

Терапевт – консультация и лечение.

6. Я ознакомлен(на) с действующим прейскурантом и согласен(на) оплатить стоимость указанных медицинских услуг в соответствии с ним.

7. Я проинформирован, что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в ООО ЦР «РЕЗОНАНС».

8. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Пациент: _____ (_____)

Настоящее соглашение подписано Пациентом на приеме у лечащего врача после проведения разъяснительной беседы и является приложением к Договору об оказании платных медицинских услуг.

Врач _____ (_____)