

**Информированное согласие родителей (законных представителей) на оказание платных
медицинских услуг подростку (15-18 лет)**

« ____ » _____ 20 ____ год

Я, _____,
паспорт серии _____, номер _____, выдан _____,
зарегистрированный (ая) по адресу _____

являясь законным представителем несовершеннолетнего (подростка):

_____ (Ф.И.О. подростка)
паспорт серии _____, номер _____, выдан _____,
зарегистрированный (ая) по адресу _____

даю свое добровольное и информированное согласие на оказание платных медицинских услуг моему несовершеннолетнему ребенку (подростку) в возрасте от 15 до 18 лет, понимая и принимая следующие условия:

- Я ознакомлен(а) с полной информацией о характере и содержании медицинских услуг, которые будут оказаны, включая цели, методы, используемое оборудование и технологии, а также предполагаемую продолжительность и этапы проведения процедур и обследований.
- Я осознаю возможные риски, осложнения и побочные эффекты, связанные с оказанием медицинских услуг, а также последствия отказа от проведения рекомендованных процедур и обследований.
- Я понимаю, что медицинские услуги оказываются на платной основе, ознакомлен(а) с их стоимостью, условиями оплаты и возможными вариантами возврата средств в случае неоказания или отмены услуг.
- Я подтверждаю, что получил(а) исчерпывающие ответы на все возникшие у меня вопросы, и ни одна важная для меня информация не была скрыта.
- Я согласен(на) на обработку и хранение медицинской информации о состоянии здоровья моего ребенка с соблюдением требований конфиденциальности, предусмотренных законодательством.
- Я подтверждаю, что понимаю и принимаю все изложенные выше условия и даю свое добровольное, осознанное и недвусмысленное согласие на оказание платных медицинских услуг моему несовершеннолетнему ребенку (подростку).

(подпись)

(Ф.И.О. законного представителя, полностью)