

**Форма
Информированное добровольное согласие пациента на получение
платных медицинских услуг**

Я, _____

в рамках договора об оказании платных медицинских услуг № _____ от «__» _____ 201__ г. желаю получить платные медицинские услуги в ГАУЗ "Кукморская центральная районная больница" при этом мне разъяснено и мной осознано следующее :

1. Я, получив от сотрудников ГАУЗ "Кукморская центральная районная больница" полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных услуг в ГАУЗ "Кукморская центральная районная больница", в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов(а) их оплатить.

2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько услуг

3. Я согласен (а) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенных на территории Российской Федерации

ГАУЗ "Кукморская центральная районная больница" не несет ответственности за их возникновение.

4. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен (а) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей ГАУЗ "Кукморская центральная районная больница".

5. Мной добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие виды медицинских услуг, которые я хочу получить в ГАУЗ "Кукморская центральная районная больница" и согласен(а) их оплатить

6. Я ознакомлен (а) с действующим Прейскурантом и согласен(а) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.

7.

Виды выбранных мной платных медицинских услуг согласованы с врачом и я даю свое согласие на их оплату в кассу (наличными) ГАУЗ "Кукморская центральная районная больница" в сумме:

8. Я проинформирован (а), 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 ГАУЗ "Кукморская центральная районная больница"

9. Настоящее информированное добровольное согласие мной прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю свое согласие на их применение.

« Потребитель»:

Паспорт № Выдан

Адрес

подпись _____

Дата : «__» _____ 201__ г.