|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Государственное автономное учреждение здравоохранения "Кукморская центральная районная больница"** | |  |  |  | |  |
|  |  | **Форма**  **Информированное добровольное согласие пациента на получение платных медицинских услуг** | | | | | |
|  |  | Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
|  | в рамках договора об оказании платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ 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,    разрещенных    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 : «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |