

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Я, _____, карта Пациента № _____, в рамках договора о предоставлении платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги в _____, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я получил(а) от сотрудников учреждения здравоохранения полную информацию о возможности и условиях предоставления мне (Потребителю) бесплатных медицинских услуг в данном учреждении в рамках программы государственных гарантий получения бесплатной медицинской помощи и даю свое согласие на предоставление мне платных медицинских услуг. Я предоставил правдивую информацию о состоянии своего (Потребителя) здоровья, о перенесенных и сопутствующих заболеваниях, аллергических реакциях.

2. Мне разъяснено, что я (Потребитель) могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько или целый комплекс платных медицинских услуг.

3. Мне разъяснено, и я полностью осознаю, что проводимое мне (Потребителю) лечение не гарантирует 100% результат и что как при предоставлении медицинских услуг, так и после их предоставления возможны различные осложнения, обусловленные индивидуальными биологическими особенностями организма.

4. Я полностью согласен(на) с тем, что используемая при моем (Потребителя) лечении технология не может на 100% исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных индивидуальными биологическими особенностями организма, и в том случае, если предоставленная медицинская услуга была осуществлена с учетом всех необходимых требований, учреждение здравоохранения не несет ответственности за их возникновение.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я (Потребитель) должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей учреждения здравоохранения.

6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения, и по согласованию с врачом были выбраны виды медицинских услуг, которые я желаю получить на платной основе.

7. Я ознакомлен(а) с действующим в учреждении здравоохранения прейскурантом цен на платные медицинские услуги и согласен(на) оплатить стоимость медицинской(их) услуг(и) в соответствии с ним.

8. Виды выбранных мною и согласованных с врачом платных медицинских услуг я согласен(на) оплатить в кассу учреждения здравоохранения, либо безналичным перечислением на лицевой счет учреждения.

9. Я проинформирован (а), что по поводу имеющегося у меня (Потребителя) заболевания могу получить помощь в других лечебных заведениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанных(ой) медицинских(ой) услуг(и) в данном учреждении здравоохранения.

10. Настоящее информированное согласие мной внимательно прочитано, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения от медицинских работников понятны и меня удовлетворяют. Настоящее информированное согласие подписано мною после проведения предварительной беседы и будет являться приложением к Договору на оказание платных медицинских услуг при оказании медицинской помощи. Претензий и замечаний к данному мною информированному согласию не имеется, в связи с чем я даю согласие на проведение платных медицинских услуг.

11. Специалист, оказывающий платную медицинскую услугу: _____

Исполнитель:

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России

Юр. адрес: 400131, Волгоград, пл. Павших Борцов, 1

Факт. адрес: 400000, г. Волгоград, ул.

ОГРН 1023403441380

ИНН 3444048472, КПП 344401001

УФК по Волгоградской обл., (ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России) л/с 20296X15820

р/с 40501810403492000005 Отделение Волгоград г.

Волгоград.

БИК 041806001,

Главный врач Синенко Т.А.

Заказчик

(Ф.И.О.)

_____ паспорт серия номер
выданный

дата выдачи код подразделения
зарегистрированный(ая) по
адресу:

_____ (подпись)