

“УТВЕЖДАЮ”
Главный врач ГБУЗ МОДКТОБ,
Кандидат медицинских наук, доцент
Р.А. Хошабаев.

Приложение № 5.1
к приказу №15
от 01.01.2020 г.

Соглашение об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг
(информированное согласие)
(приложение к договору об оказании платных медицинских
услуг)

"__" _____ г.

Я, законный представитель пациента (пациент) _____, медицинская карта стационарного (амбулаторная карта) № _____, в рамках договора об оказании платных медицинских услуг желаю получить платные медицинские услуги в _____ ГБУЗ МОДКТОБ, при этом мне разъяснено и мною осознано нижеследующее.

1. Я, получил от сотрудников ГБУЗ МОДКТОБ 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 и готов их оплатить.
2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.
3. Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат и что при проведении операции и после нее, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения.
4. Я согласен 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, не несет ответственности за их возникновение.
5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.
6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие виды дополнительных медицинских услуг, которые я хочу получить в _____ ГБУЗ МОДКТОБ и согласен(на) оплатить лечение (консультативную помощь, диагностическое обследование).
7. Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость указанных медицинских услуг в соответствии с ним.
8. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с врачом и я даю свое согласие на их оплату в кассу (по безналичному перечислению) в ГБУЗ МОДКТОБ в сумме _____ руб (прописью _____)

9. 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 _____ ГБУЗ МОДКТОБ.

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

Законный представитель пациента (пациент):

паспорт: серия _____, N _____, выдан _____
"__" _____ г.

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

(фамилия, имя, отчество, должность ответственного лица ГБУЗ МОДКТОБ)

М.П. __