

Информированное согласие «Потребителя» (пациента)
на предоставление платных медицинских и немедицинских услуг

Я, _____, медицинская карта стационарного больного № _____, в доступной и понятной мне форме получил (а) от сотрудников ГУЗ «Клиническая больница № 4» полную информацию о возможностях и условиях получения медицинской помощи в гарантированном объеме, оказываемой без взимания платы в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Волгоградской области на текущий год, даю свое согласие и желаю получить в ГУЗ «Клиническая больница №4» ниже указанные платные услуги.

При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Согласно моему волеизъявлению, услуга оказывается мне на платной основе в связи с (нужное отметить):

- добровольным желанием получить конкретную услугу на платной основе;
- добровольным желанием получить услугу на платной основе на условиях анонимности;
- оказанием медицинской помощи в условиях повышенной комфортности;
- добровольным желанием получить услугу на платной основе не входящую в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Волгоградской области на текущий год;
- самостоятельным обращением за получением медицинских услуг в плановой форме, без направления лечащего врача;
- предоставлением дополнительных платных немедицинских услуг при оказании медицинской помощи;
- превышением объема выполняемого стандарта медицинской помощи.

2. Мне разъяснено, что платные медицинские услуги могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

3. Мне разъяснено, и я полностью осознаю, что проводимое лечение мне 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 (а) с тем, что используемая при моем 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.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения, я должен (а) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей ГУЗ «Клиническая больница №4». Я уведомлен о том, что несоблюдение рекомендаций «Исполнителя» (медицинского работника), предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

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

Шифр услуги	Наименование услуги	Кол-во	Цена 1 услуги	Сумма

7. Я ознакомлен (на) с действующим в ГУЗ «Клиническая больница № 4» прейскурантом цен на платные услуги и согласен (на) оплатить стоимость услуг в соответствии с ним.

8. Виды выбранных мною и согласованных с лечащим врачом платных услуг, я согласен (на) оплатить в кассу ГУЗ «Клиническая больница № 4» либо безналичным перечислением на расчетный счет ГУЗ «Клиническая больница № 4» в сумме _____ рублей _____ копеек.

9. Я проинформирован (а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других учреждениях здравоохранения, и подтверждаю свое согласие и желание на получение указанных услуг(и) в ГУЗ «Клиническая больница № 4».

10. Настоящее информированное согласие мною внимательно прочитано, претензий и замечаний к данному информированному согласию не имеется, в связи с чем я, в соответствии с моим волеизъявлением, даю согласие на проведение вышеуказанных услуг.

11. Специалист, оказывающий платную услугу _____ имеющий вторую, первую, высшую категорию, кандидат медицинских наук (нужное отметить).

Потребитель _____ «_____» _____ 202__ г.
Подпись _____ ФИО _____ дата

Информацию предоставил лечащий врач _____ (_____)
Подпись _____ ФИО врача

« _____ » _____ 20__ г.