

Приложение 5
к приказу ГБУЗ «Ленинская ЦРБ»
от 22.08.2023 №201-О



Д.А. Крайнов

«22» августа 2023 г.

ФОРМА

информированного добровольного согласия на получение платных
медицинских услуг

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
« ____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного
представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным
представителем)
« ____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным
представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских
услуг в государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Ленинская центральная
районная больница».

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

мне разъяснено и понятно мое право на получение бесплатной медицинской помощи, в том
числе схожих медицинских услуг, в рамках программы государственных гарантий
бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы
государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (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.

Я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками и условиями оказания медицинских
услуг, предоставляемых ГБУЗ «Ленинская ЦРБ», а также порядком оплаты таких услуг.

Я подтверждаю, что:

- мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с медицинским
персоналом ГБУЗ «Ленинская ЦРБ» выбраны платные медицинские услуги, которые я хочу
получить в ГБУЗ «Ленинская ЦРБ» и согласен(а) их оплатить в соответствии с действующим
прейскурантом цен на платные медицинские услуги в ГБУЗ «Ленинская ЦРБ».

- проинформирован(а) о том, что я могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях как государственной, так и частной формы собственности, и подтверждаю свое согласие на получение платных медицинских услуг в ГБУЗ «Ленинская ЦРБ»;

- мне разъяснено, и я осознал(а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат и что при оказании услуг и после них, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.

Я согласен(сна) 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, ГБУЗ «Ленинская ЦРБ», не несет ответственности за ее возникновение.

Настоящее соглашение мною прочитано и подписано после проведения разъяснительной беседы и ознакомления с информацией по порядку представления платных медицинских услуг

Я изъявляю желание заключить договор на оказание платных медицинских и иных услуг с ГБУЗ «Ленинская ЦРБ».

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« _____ » _____ г.
(дата оформления)