

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ.**

Я, \_\_\_\_\_, в рамках договора о предоставлении платных медицинских услуг, желаю получить медицинские услуги в государственном учреждении здравоохранения "Клиническая больница № 5", расположенного по адресу: 400064, г. Волгоград, ул.им. маршала Ерёменко, 56

При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

- Я получил(а) от сотрудников учреждения здравоохранения полную информацию о возможности и условиях предоставления мне 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. Согласно моему волеизъявлению, медицинская услуга оказывается мне на платной основе в связи с:
  - добровольным желанием получить услугу на платной основе при отсутствии медицинских показаний;
  - добровольном желании получить услугу на платной основе на условиях анонимности;
  - лечением в маломестной палате с дополнительным медицинским обслуживанием;
  - добровольным желанием получить услугу на платной основе, не входящую в территориальную программу государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи;
  - добровольным желанием получить услугу на платной основе вне очереди;
  - оказанием медицинских услуг сверх объемов, установленных планом-заказом в рамках территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи;
  - отсутствием полиса обязательного медицинского страхования;
  - выбором врача для оказания медицинской услуги;
  - добровольным желанием получить конкретную услугу на платной основе;
  - продлением пребывания в круглосуточном стационаре по желанию больного при наличии показаний для продолжения его лечения в стационарозамещающих или амбулаторных условиях.
- Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько или целый комплекс платных медицинских услуг.
- Мне разъяснено, и я полностью осознаю, что проводимое мне 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.
- Я полностью согласен(а) с тем, что используемая при моём 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.
- Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения, я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей учреждения здравоохранения.
- Мною добровольно, без какого-либо принуждения, и по согласованию с врачом были выбраны(а) следующие виды медицинских услуг, которые я желаю получить на платной основе:

Врач - \_\_\_\_\_

7. Я ознакомлен(на) 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 в сумме:

9. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных заведениях, и подтверждаю своё согласие на получение указанной(ых) медицинской(их) услуг(и) в данном учреждении здравоохранения.

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

Исполнитель:

Государственное учреждение здравоохранения "Клиническая больница № 5"

Пациент:

400009, г.Волгоград, ул.Пельше, д. 2, телефон: 71-03-44

ИНН 3442007544, КПП 344201001

в УФК по Волгоградской области (ГУЗ "КБ № 5", л/с

20296Щ24400) отделение Волгоград г. Волгоград

041806001

Р/с 40601810700001000002

"Заказчик"

Главный врач

К.П. Позднышев