

## ИФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я, потребитель \_\_\_\_\_ в рамках договора на оказание платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги в ГБУЗ Республики Мордовия «Рузаевская ЦРБ», при этом мне разъяснено, что при предоставлении платных медицинских услуг соблюдаются порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации, и мною осознано следующее:

Я, получив от сотрудников ГБУЗ Республики Мордовия «Рузаевская ЦРБ» полную информацию о возможности и условиях получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.

Мне разъяснено и я осознал (а), что проводимое мне лечение не гарантирует 100 % результат и что при проведении медицинской услуги и после нее, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.

Мне разъяснено и я осознал (а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) ИСПОЛНИТЕЛЯ, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.

Я согласен (согласна) 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 Республики Мордовия «Рузаевская ЦРБ» не несет ответственности за их возникновение.

Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие медицинские услуги, которые я хочу получить в ГБУЗ Республики Мордовия «Рузаевская ЦРБ» и согласен (на) их оплатить.

Я ознакомлен (на) с действующим прейскурантом платных медицинских услуг и согласен (на) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.

Я проинформирован (а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других медицинских организациях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в ГБУЗ Республики Мордовия «Рузаевская ЦРБ».

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

Потребитель (Законный представитель): \_\_\_\_\_  
/подпись/ /расшифровка подписи/