

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

Я,

(ФИО пациента)

в рамках договора на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_, даю свое согласие и желаю получить медицинскую услугу \_\_\_\_\_

(какую)

в государственном учреждении здравоохранения «Клиническая больница №12».

При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. 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 оказание мне платных медицинских услуг.

Согласно моему волеизъявлению, медицинская услуга оказывается мне на платной основе в связи с:

- добровольным желанием получить конкретную услугу на платной основе;
- добровольным желанием получить услугу на платной основе при отсутствии медицинских показаний;
- 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 оказания медицинской помощи ОМС;
- добровольным желанием получить услугу на платной основе вне очереди;
- оказанием медицинских услуг по видам медицинской помощи, не являющейся обязательной для данного учреждения;
- оказанием медицинских услуг сверх объёмов, установленных для ГУЗ «Клиническая больница №12» согласованными планами-заказами в рамках территориальной Программы государственных гарантий оказания медицинской помощи ОМС;
- отсутствием полиса обязательного медицинского страхования;
- отсутствием гражданства Российской Федерации;

2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько или целый комплекс платных медицинских услуг.

3. 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.

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, учреждение здравоохранения не несет ответственности за их возникновение.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения, я должен(а) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей учреждения здравоохранения.

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

7. Я ознакомлен(а) с действующим в учреждении здравоохранения прейскурантом цен на платные медицинские услуги и согласен(на) оплатить стоимость медицинских услуг в соответствии с ним.

8. Виды выбранных мною и согласованных с лечащим врачом платных медицинских услуг, я согласен(на) оплатить в кассу учреждения здравоохранения либо безналичным перечислением на расчетный счет учреждения здравоохранения в сумме: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)руб.

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 медицинских услуг в данном учреждении здравоохранения.

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

11. Специалист, оказывающий платную медицинскую услугу:

\_\_\_\_\_  
(ФИО, категория, ученая степень, и т.д.)

Исполнитель	Пациент
ГУЗ КБ № 12	
Главный врач _____ П.В. Иванов	

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2016г.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2016г.