

Приложение №
к Приказу ГУЗ «Больница №24»
№131/ОП от «29» декабря 2018

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я, _____, карта Пациента № _____
(Ф.И.О. Пациента)

в рамках договора о предоставлении платных медицинских услуг, желаю получить медицинские услуги в _____

(наименование государственного учреждения здравоохранения)

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 предоставление мне платных медицинских услуг.
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 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 моём лечении технология 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, должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей учреждения здравоохранения.
6. 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:

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

()руб.

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.
11. Специалист, оказывающий платную медицинскую услугу _____

(Ф.И.О. вторая, первая, высшая категория, ученая степень, звание -нужное подчеркнуть)

Исполнитель:

ГУЗ «Больница №24»

(наименование мед. учреждения)
400082, г.Волгоград, ул.им. Голубева, 1
ИНН 3448906040, КПП 344801001

УФК по Волгоградской области

(ГУЗ «Больница №24», л/с 20296Ц23650)

ГРКЦ ГУ Банка России по Волгоградской области

р/с 40601810000003000001

БИК 041806001

(банковские реквизиты или счет в казначействе)

Пациент:

(Ф.И.О.)

(паспортные данные)

(адрес места жительства)

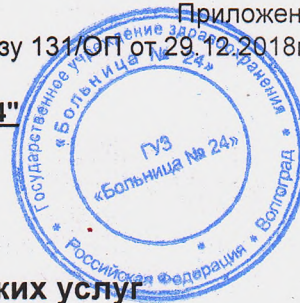
(Ф.И.О. пациента, подпись, расшифровка подписи)

Главный врач ГУЗ «Больница №24»

(Ф.И.О. руководителя, подпись, расшифровка подписи)

М.П.

Государственное учреждение здравоохранения "Больница № 24"
400082, Волгоград, ул. им. Голубева, д. 1, тел.: 62-95-95; 62-95-96



Акт __ от _____ г.
об оказании платных медицинских услуг

Заказчик: _____

Основание: Договор № _____

№ п/п	Наименование работы (услуги)	Ед. изм.	Количество	Цена	Сумма
1					0,00

Итого: 0,00

Без НДС.

Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

Главный врач _____

подпись

М.П.

Заказчик: _____

подпись