Приложение N 1
к договору об оказании
платных медицинских услуг
№ ____ от «_____» _____ 20 ___ г.

Информированное согласие
об условиях оказываемых платных медицинских и иных услуг

Я, _____, являющийся Пациентом, в рамках договора об оказании платных медицинских услуг № _____ от «___» _____ 20___г., желаю получить платные медицинские услуги в ГУЗ "Областная клиническая больница" (далее - ГУЗ «ОКБ») за плату, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от работников ГУЗ «ОКБ» полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг в ГУЗ «ОКБ», в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание платных медицинских услуг и готов их оплатить.
2. Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг, в то время как я рассмотрел различные варианты получения медицинских услуг, и то, что мне могут оказать аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе.
3. Я согласен 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, ГУЗ «ОКБ» не несет ответственности за их возникновение.
4. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.
5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей ГУЗ «ОКБ».
6. Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость медицинских услуг в соответствии с ним.
7. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с лечащим врачом, и я даю свое согласие на их оплату.
8. Не возражаю против записи медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием – исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.
9. Даю согласие на обработку своих персональных данных. Согласен на совершение оператором следующих действий: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение, использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных следующими способами: автоматизированная обработка; обработка без использования средств автоматизации.
10. Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Настоящее информированное согласие подписано мною после проведения предварительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг

Пациент: _____

Паспорт серия _____ № _____,

Выдан _____ г. _____

Адрес:_____Телефон:_____