Приложение №1

к договору № \_\_\_\_\_\_\_

на предоставление

платных медицинских услуг

Перечень медицинских услуг.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование услуг | Цена | Кол-во | Стоимость |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
|  |  |  | Общая сумма | |

**Исполнитель: Пациент:**

ГБУЗ СО «Противотуберкулезный диспансер»

Главный врач

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / И.И.Лихачева / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

м.п.

Приложение №2

к договору № \_\_\_\_\_\_\_

на предоставление

платных медицинских услуг

Добровольное информированное согласие

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.), \_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, осознанно и самостоятельно принял (ла) решение о получении медицинской услуги.

С этой целью с намерен (на) прибегнуть к оказанию мне платной медицинской услуги, выбрал (ла) для этого \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(наименование организации)*

С условиями предоставления мне платной медицинской услуги ознакомлен (на) и согласен (на).

Я рассчитываю, что при той степени заботливости и осмотрительности, какая требуется по характеру принимаемого обязательства, Ваши сотрудники предпримут все необходимые меры для надлежащего его исполнения.

Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям пациента при получении медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления этой услуги.

Дополнительных условий мною не выдвигается.

Расширительных требований не имею.

Мне, в соответствии со ст. 22 Федерального закона РФ № 323-Ф3 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи, альтернативные методы лечения.

Я осведомлен о наличии показаний и противопоказаний к проведения указанных видов и методов лечения, о режиме моего поведения до, во время и после лечения, об этапах лечения и возникновении дополнительных вмешательств на том или ином этапе лечения.

Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;

Мое решение является свободным и представляет собой информированное добровольное согласие на оказание мне платной медицинской услуги.

Получив полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мною вопросы, я готов (ва) получить платную медицинскую услугу, предоставляемую в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(наименование организации)*  
на указанных условиях и в соответствующем им порядке.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 года подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_