

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

г. Абакан

« _____ » _____ 20__ г.

Я, пациент, _____, карта пациента № _____, в рамках договора возмездного оказания медицинских услуг желаю получить платные медицинские услуги в ГБУЗ РХ «РККВД», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников РККВД полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в РККВД в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.

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

3. Мне разъяснено, и я осознал(а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100%-й результат, и что как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения.

4. Я согласен(на) 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, РККВД не несет ответственности за их возникновение.

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

6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие виды дополнительных медицинских услуг, которые я хочу получить в РККВД и согласен(на) оплатить: _____

(шифр
услуги по преискуранту).

7. Я ознакомлен(на) с действующим преискурантом и согласен(на) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.

8. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с врачом, и я даю свое согласие на их оплату в кассу (по безналичному расчету) в РККВД в сумме ____ (руб.).

9. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в РККВД.

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

Пациент _____
(подпись, ф.и.о.)

РККВД _____
(подпись, ф.и.о. врача)