

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
ПОТРЕБИТЕЛЯ НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я, _____, в рамках договора о предоставлении мне платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги в ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №39»

При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я получил(а) в ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №39» в доступной форме полную информацию о возможности, условиях и порядке предоставления мне бесплатных медицинских услуг в данном учреждении в рамках программы государственных гарантий получения бесплатной медицинской помощи. Я отказываюсь от получения медицинской помощи за счет средств бюджетов и внебюджетных фондов в данном учреждении и даю свое согласие на предоставление мне платных медицинских услуг.

2. Я получил(а) в ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №39» в доступной форме полную информацию о видах платных медицинских услуг, условиях и порядке их предоставления, о порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, а также информацию о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи. 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(на) 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, медицинская организация не несет ответственности за их возникновение.

5. Я уведомлен(на) о том, что находясь на лечении в ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №39» в соответствии с ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязан(на) соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период моей временной нетрудоспособности и правила поведения пациента в медицинской организации. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации врачей ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №39».

6. Мне разъяснено, что до назначения курса лечения необходимо сообщить лечащему врачу все сведения о своем здоровье, о наличии других заболеваний, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, а также другую информацию, влияющую на протекание или лечение заболевания.

7. Я ознакомлен(а) с действующим в ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №39» прейскурантом цен на платные медицинские услуги и согласен(на) оплатить стоимость медицинской(их) услуг(и) в соответствии с ним.

8. Я проинформирован(а) о том, что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других медицинских организациях, и подтверждаю свое согласие на получение указанных платных медицинских услуг в ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №39».

9. Настоящее согласие мной внимательно прочитано, претензий и замечаний к данному мною согласию не имеется, в связи с чем я даю добровольное согласие на предоставление мне вышеуказанных медицинских услуг.

Потребитель/Заказчик: _____