муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения
центральная районная больница Аксайского района

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я, _____, (Ф.И.О. пациента), в рамках договора о предоставлении платных медицинских услуг, желаю получить медицинские услуги в муниципальном бюджетном учреждении здравоохранения центральная районная больница Аксайского района. При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я получил (а) от сотрудников учреждения здравоохранения полную информацию о возможности и условиях предоставления мне медицинских услуг без взимания платы в данном учреждении в рамках территориальной программы, и даю свое согласие на предоставление 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 доступно разъяснены сотрудниками МБУЗ ЦРБ Аксайского района мои права и обязанности в сфере охраны здоровья в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

4. Врачи МБУЗ ЦРБ Аксайского района довели до моего сведения информацию об альтернативных методах лечения, информацию об оперативном лечении с использованием медицинского оборудования отечественного и импортного производства на современном уровне.

5. 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, МБУЗ ЦРБ Аксайского района не несет ответственности за их возникновение.

6. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения, я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей МБУЗ ЦРБ Аксайского района .

7. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с лечащим врачом, и я даю свое согласие на их оплату.

8. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом цен на платные медицинские услуги и согласен(на) оплатить стоимость медицинской(их) услуги (услуг) в соответствии с ним.

9. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных заведениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной(ых) медицинской(их) услуги (услуг) в данном учреждении здравоохранения.

10. Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

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

Пациент _____/ _____/
Подпись расшифровка подписи
“___”_____ 20 ___