

СОГЛАШЕНИЕ  
об объеме и условиях оказываемых  
платных медицинских услуг (информированное согласие)

с.Дубенки «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

Я, пациент \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

в рамках договора об оказании платных медицинских услуг желаю получить платные медицинские услуги в ГБУЗ Республики Мордовия «Дубенская РБ», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг 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% результат и что при проведении лечения (операции) и после него (неё), как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения.
4. 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 требований, не несёт ответственности за их возникновение.
5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(а) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.
6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие виды дополнительных медицинских услуг, которые я хочу получить в ГБУЗ Республики Мордовия «Дубенская РБ» и согласен (на) оплатить лечение:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7.Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен (а) 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 перечислению) ГБУЗ Республики Мордовия «Дубенская РБ» в сумме \_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_ коп.

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 ГБУЗ Республики Мордовия «Дубенская РБ».

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

Пациент: \_\_\_\_\_

Прописан по адресу: \_\_\_\_\_

Настоящее соглашение подписано пациентом на приеме у лечащего врача после проведения разъяснительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество, должность ответственного лица (врача) (подпись)

М.П.

СОГЛАШЕНИЕ  
об объеме и условиях оказываемых  
платных медицинских услуг (информированное согласие)

с.Дубенки «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

Я, пациент \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

в рамках договора об оказании платных медицинских услуг желаю получить платные медицинские услуги в ГБУЗ Республики Мордовия «Дубенская РБ», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее.

1. Я, получив от сотрудников полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг 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% результат и что при проведении лечения (операции) и после него (неё), как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения.
4. 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 требований, не несёт ответственности за их возникновение.
5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(а) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.
6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие виды дополнительных медицинских услуг, которые я хочу получить в ГБУЗ Республики Мордовия «Дубенская РБ» и согласен (на) оплатить лечение:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7.Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен (а) 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 перечислению) ГБУЗ Республики Мордовия «Дубенская РБ» в сумме \_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_ коп.

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 ГБУЗ Республики Мордовия «Дубенская РБ».

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

Пациент: \_\_\_\_\_

Прописан по адресу: \_\_\_\_\_

Настоящее соглашение подписано пациентом на приеме у лечащего врача после проведения разъяснительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество, должность ответственного лица (врача) (подпись)

М.П.