

**Информированное добровольное согласие пациента  
на получение платных медицинских услуг**

На основании ст. 19, ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

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

в рамках договора об оказании платных медицинских услуг желаю получить платные медицинские услуги в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Самарской области «Волжская районная клиническая больница» (далее - ГБУЗ СО «Волжская РКБ»), при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, в доступной форме получив от работников полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, осознанно даю свое согласие на оказании мне платных медицинских услуг и готов (а) их оплатить.
2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.
3. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств при получении платных медицинских услуг или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
4. Мне разъяснено, и я осознал(а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат.
5. 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 оказан с соблюдением всех необходимых требований, ГБУЗ СО «Волжская РКБ» 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.
7. Мною добровольно, без какого-либо понуждения и по согласованию с врачом выбраны виды дополнительных медицинских услуг, которые я хочу получить в ГБУЗ СО «Волжская РКБ» и согласен (на) оплатить лечение

8. Я ознакомлен (на) с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость указанной (ых) медицинской (их) услуг (и) в соответствии с ним.

9. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с врачом, и я даю свое согласие на их оплату в кассу ГБУЗ СО «Волжская РКБ», в сумме \_\_\_\_\_ руб.

10. Я проинформирован (на), 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 СО «Волжская РКБ».

11. Я ознакомлен (на) и согласен (на) с условиями договора о предоставлении платных медицинских услуг, в том числе с условиями оплаты.

12. Настоящее соглашение мною внимательно прочитано, я понимаю и полностью осознаю, что соглашение является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия, при этом даю согласие на получение платных медицинских услуг, предусмотренных договором.

Пациент: (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_

"\_\_" \_\_\_\_\_ года рождения, паспорт: серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_, выдан "\_\_" \_\_\_\_\_ г.  
кем \_\_\_\_\_

зарегистрирован по адресу: \_\_\_\_\_

"\_\_" \_\_\_\_\_ г.

(дата оформления)