

Информированное добровольное согласие на оказание платных услуг

Дата

Я, _____ (ФИО пациента, законного представителя)

проживающий по адресу _____
карта пациента № _____

В рамках договора на оказание платных медицинских услуг желаю получить платные медицинские услуги в ООО «Северные медицинские технологии» (далее - Учреждение), при этом разъяснено и мною осознано следующее:

1) Я, получив от сотрудников полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в том числе в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказанием мне платных медицинских услуг и готов их оплатить. Я ознакомлен с положением об организации платных услуг в Учреждении.

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

Мне разъяснено, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой мне платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья

2) Мною добровольно, без какого либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны дополнительные медицинские услуги, которые я хочу получить в Учреждении и согласен(на) оплатить лечение.

Я ознакомлен с действующим прейскурантом (тарифами) и согласен оплатить стоимость медицинской услуги в соответствии с ним.

Виды выбранных мною платных услуг согласованы с врачом и я даю свое согласие на их оплату в кассу Учреждения.

Я проинформирован, что по поводу имеющегося у меня заболевания, иных проблем со здоровьем могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение желаемых медицинских услуг в Учреждении.

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

ФИО пациента _____

подпись