

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

г. Липецк «_____» _____ 20 г.

Я, потребитель Ф.И.О. _____,
проживающий по адресу _____,
настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в
ГУЗ «Липецкая городская больница скорой медицинской помощи №1», при этом мне разъяснено и
мною осознано следующее :

1. Я, получив от сотрудников ГУЗ «Липецкая городская больница скорой медицинской помощи №1» полную информацию о возможности получения медицинской помощи бесплатно в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.

2. В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

3. Мне разъяснены порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг.

4. Я получил информацию о конкретном медицинском работнике (его образовании и квалификации), оказывающем платную медицинскую услугу.

5. Я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками и условиями оказания и порядком оплаты медицинских услуг, предоставляемых в ГУЗ «Липецкая ГБ СМП №1».

6. Заявляю, что изложил медицинскому работнику все необходимые ему данные о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, наследственных и прочих заболеваниях, принимаемых лекарственных средствах.

7. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

8. 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, ГУЗ «Липецкая городская больница скорой медицинской помощи №1» не несет ответственности за их возникновение.

9. Я осознаю, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, приема лекарственных препаратов могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

10. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие виды платных медицинских услуг, которые я хочу получить в ГУЗ «Липецкая городская больница скорой медицинской помощи №1» и согласен (а) оплатить :

11. Я даю согласие на оплату в кассу (по безналичному расчету) в ГУЗ «Липецкая городская больница скорой медицинской помощи №1» выбранных мною платных медикаментов, услуг в сумме _____.

12. Настоящий документ мною прочитан, я полностью принимаю преимущества предложенных мне видов платных медицинских услуг и даю согласие на их применение.

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ГУЗ «Липецкая городская больница
скорой медицинской помощи №1»
Юр.адрес: 398032, г. Липецк
ул.Космонавтов, 39
Главный врач ГУЗ «Липецкая
ГБ СМП №1»

ПОТРЕБИТЕЛЬ:

ФИО _____
Зарегистрирован по адресу : _____

_____ Павлюкевич Д.В.

Подпись : _____