

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**  
на оказание медицинских услуг на платной основе

Я, \_\_\_\_\_ в возрасте  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, являющийся Потребителем (Законным  
представителем \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, действуя в его интересах), в рамках договора об оказании платных медицинских услуг, желаю получить медицинские услуги в ГБУЗ РХ «Белоярская районная больница» на платной основе, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников ГБУЗ РХ «Белоярская районная больница» полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг, в рамках системы обязательного медицинского страхования и Территориальной программы государственных гарантий оказания населению РХ бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание платных медицинских услуг и готов их оплатить.
2. 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, ГБУЗ РХ «Белоярская районная больница» не несет ответственности за их возникновение.
3. Мне разъяснено, что можно получить как один из видов платных медицинских услуг, так и нескольких видов услуг.
4. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения должен исполнять все назначения, рекомендации и советы специалистов ГБУЗ РХ «Белоярская районная больница».
5. Я ознакомлен с распорядком и правилами режима, установленного в лечебно-профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать.
6. Я ознакомлен с действующим Прейскурантом и согласен оплатить стоимость оказанных медицинских услуг в соответствии с ним, стоимость услуг не является для меня обременительной и соответствует финансовым возможностям.
7. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с лечащим врачом и я даю свое согласие на их оплату.
8. В доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанных с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о их последствиях, об использовании лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, сроках их годности, показаниях и противопоказаниях к их применению, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.
9. Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания следующим лицам

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ (подпись пациента, законного представителя)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. пациента или законного представителя пациента)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (подпись мед.работника)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. мед.работника)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.