**Соглашение об объеме**

**и условиях оказываемых платных медицинских услуг**

**(информированное согласие)**

Я, пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, карта пациента №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , в рамках договора об оказании платных медицинских услуг желаю получить платные медицинские услуги в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , 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 операции и после нее как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения.

4. Я согласен(сна) 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,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ не несет ответственности за их возникновение.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения должен (жна) 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_и согласен(сна) оплатить лечение.

7. Я ознакомлен(на) с действующим прейскурантом и согласен(сна) 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) в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в сумме\_\_\_\_\_\_руб.

9. 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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