ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ «КОРОЛЕВСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА» (ГБУЗ МО «КОРОЛЕВСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА»)

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на получение платных медицинских услуг

г. Королёв «_____»_____ 20_____ г.

Я, _____ ___,
ФИО пациента/законного представителя *дата рождения*

даю информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг мной или лицом, законным представителем которого я являюсь _____,
ФИО пациента, в отношении которого дается информированное согласие

_____ года рождения, в _____

При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я получил от сотрудников ГБУЗ МО «Королевская городская больница» полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг в рамках программы государственных гарантий, даю свое согласие на оказание платных услуг и готов их оплатить.
2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и одновременно несколько видов медицинских услуг.
3. Я выражаю добровольность в получении платных услуг, в то время как я рассмотрел различные варианты получения услуг, и то, что мне могут оказать аналогичные услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях.
4. Мне разъяснено и я осознал, что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат и что при проведении исследований, диагностики или операций и после, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.
5. 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 МО «Королевская городская больница» не несет ответственности за их возникновение.
6. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.
7. Я ознакомлен с действующем Прейскурантом на оказание платных медицинских услуг и согласен оплатить стоимость оказанных медицинских услуг в соответствии с тарифами.
8. Настоящий документ мною прочитан, я полностью понимаю назначение данного документа, преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение. Полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.
9. Я проинформирован(а), что платные медицинские услуги не гарантируют внеочередного получения услуги.
10. Настоящее информированное согласие подписано мною после проведения разъяснительной беседы и ознакомления с информацией о порядке представления платных медицинских услуг и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг. Я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение. Своей подписью подтверждаю дачу согласия Исполнителю на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в Федеральном законе №152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по Договору.

Законный представитель /Пациент: _____,

паспорт серия _____ № _____, выдан _____

_____.

Адрес: _____

Телефон: _____

Дата: _____ Подпись: _____ /_____/
(подпись) *(расшифровка подписи)*