

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
на предоставление медицинских услуг на платной основе

Главному врачу МУЗ
Агаповская ЦРБ Администрации
Агаповского муниципального района
В.Л.Айдынян

"__" _____ 20__ г.

На основании пункта 7 статьи 30 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан я, _____, медицинская карта N _____, желаю получить платные медицинские услуги в _____. Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение о предлагаемых диагностических мероприятиях и лечении моего заболевания.

Мне разъяснено, что я могу получить бесплатно, в рамках системы обязательного медицинского страхования и Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи следующие диагностические процедуры и лечение, соответствующие моему заболеванию:

Мне также разъяснено, что я могу получить диагностические мероприятия и лечение моего заболевания вне рамок обязательного медицинского страхования и Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Кемеровской области по новым технологиям и с применением _____

Решение об отказе от получения диагностики и лечения моего заболевания в рамках обязательного медицинского страхования и Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Кемеровской области принято в связи с _____

Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(а) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним за счет своих личных средств и иных источников дохода, не запрещенных действующим законодательством.

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

Информацию до пациента довел: _____
(должность, Ф.И.О.)

_____ подпись врача

_____ подпись пациента

"__" _____ 20__ г.

Заявление пациента о согласии на получение дополнительных платных медицинских услуг

_____ (наименование медицинской организации)
адрес: _____

от

_____ (Ф.И.О. пациента)
паспорт: серия _____ N _____,
выдан _____ "_____" _____ г.,
адрес: _____,
телефон: _____

Заявление
о согласии на получение дополнительных
платных медицинских услуг

Я, _____, пациент _____,
(наименование медицинской организации)
карта пациента N _____, в рамках Договора об оказании платных медицинских услуг N _____ от "_____" _____ г. заявляю о согласии на получение и оплату дополнительных платных медицинских услуг в _____,
(наименование медицинской организации)
при этом:

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

2. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.

3. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие виды дополнительных платных медицинских услуг, которые я хочу получить в _____

_____ (наименование медицинской организации)
И согласен(на) оплатить лечение: _____

4. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость указанной(ых) медицинской(их) услуги в соответствии с ним.

5. Виды выбранных мною дополнительных платных медицинских услуг согласованы с врачом и я даю свое согласие на их оплату в кассу (по безналичному перечислению) в _____ в сумме _____ (наименование медицинской организации) _____ (_____) рублей.

6. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания я могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги

в _____
(наименование медицинской организации)

7. Я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов дополнительных медицинских услуг и даю согласие на их применение.

" " _____ г.

(подпись)