

Приложение № 1 к договору
на оказание платных медицинских услуг
от «___» _____ 20__ г.

Соглашение
об объеме и условиях оказываемых
платных медицинских услуг (информированное согласие)

г. Киров

«___» _____ 20__ г.

Я, пациент (Заказчик) _____, даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств в рамках договора об оказании платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги в КОГБУЗ «Кировская городская больница № 2», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

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

2. Мне разъяснено и я осознал (а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результата и что при проведении операции и после нее, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.

3. 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, КОГБУЗ «Кировская городская больница № 2» не несет ответственности за возникновение.

4. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен (на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей КОГБУЗ «Кировская городская больница № 2».

5. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны медицинские услуги в соответствии с п.1.2 договора, которые я хочу получить в КОГБУЗ «Кировская городская больница № 2» и согласен (а) оплатить их.

6. Осведомлен (а) об имеющейся альтернативе бесплатного получения медицинских услуг и изъявляю свое желание получить данные услуги за плату. С лицензией на осуществление медицинской деятельности ознакомлен (а) (копию лицензии на руки получил (а)).

Приложение № 1 к договору
на оказание платных медицинских услуг
от «___» _____ 20__ г.

Соглашение
об объеме и условиях оказываемых
платных медицинских услуг (информированное согласие)

г. Киров

«___» _____ 20__ г.

Я, пациент (Заказчик) _____, даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств в рамках договора об оказании платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги в КОГБУЗ «Кировская городская больница № 2», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

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

2. Мне разъяснено и я осознал (а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результата и что при проведении операции и после нее, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.

3. 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, КОГБУЗ «Кировская городская больница № 2» не несет ответственности за возникновение.

4. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен (на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей КОГБУЗ «Кировская городская больница № 2».

5. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны медицинские услуги в соответствии с п.1.2 договора, которые я хочу получить в КОГБУЗ «Кировская городская больница № 2» и согласен (а) оплатить их.

6. Осведомлен(а) об имеющейся альтернативе бесплатного получения медицинских услуг и изъявляю свое желание получить данные услуги за плату. С лицензией на осуществление медицинской деятельности ознакомлен (а) (копию лицензии на руки получил (а)).

7. Я ознакомлен (а) с действующим прейскурантом цен на медицинские услуги оказываемые КОГБУЗ «Кировская городская больница № 2» и согласен оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.

8. Я проинформирован, что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебно-профилактических учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в КОГБУЗ «Кировская городская больница №2».

9. Медицинским работником в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия.

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

Настоящее соглашение подписано пациентом (Заказчиком) на приеме у лечащего врача после проведения разъяснительной беседы и до начала оказания платных медицинских услуг.

Настоящее соглашение является приложением к договору на оказание платных медицинских услуг.

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

7. Я ознакомлен (а) с действующим прейскурантом цен на медицинские услуги оказываемые КОГБУЗ «Кировская городская больница № 2» и согласен оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.

8. Я проинформирован, что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебно-профилактических учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в КОГБУЗ «Кировская городская больница №2».

9. Медицинским работником в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия.

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

Настоящее соглашение подписано пациентом (Заказчиком) на приеме у лечащего врача после проведения разъяснительной беседы и до начала оказания платных медицинских услуг.

Настоящее соглашение является приложением к договору на оказание платных медицинских услуг.

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)