

СОГЛАШЕНИЕ

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

г. Нижний Новгород _____ 20__ г

Я, пациент _____, в рамках договора об оказании платных медицинских (немедицинских) услуг, желаю получить платные медицинские (немедицинские) услуги в ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 29», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 29» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 29» в рамках Программы государственных гарантий оказания населению Нижегородской области бесплатной медицинской помощи, даю согласие на оказание мне платных медицинских (немедицинских) услуг и готов(а) их оплатить.
2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных 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 лечения и после него, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения.
4. Я согласен(а) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 29» не несет ответственности за их возникновение.
5. Я осознаю и понимаю, что несоблюдение указаний (рекомендаций) врача (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.
6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом, выбраны следующие виды дополнительных медицинских (немедицинских) услуг (указанных в договоре № _____ от _____), которые я хочу получать в ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 29» и согласен(а) оплатить _____
7. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(а) 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 учреждения ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 29» в сумме _____ рублей.
9. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медпомощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 29».
10. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.
11. ПАЦИЕНТ _____

(Ф.И.О., паспортные данные, подпись)

Настоящее соглашение подписано на приеме у лечащего врача после проведения разъяснительной беседы и является приложением к договору на оказание платных медицинских (немедицинских) услуг.

Ответственное лицо от ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 29» _____

(должность, Ф.И.О.)