

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
на предоставление медицинских услуг на платной основе
(п. 28 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 N 1006))

Я, _____
(Ф.И.О. пациента)

Я уведомлен(а) о том, что платные медицинские услуги будут мне оказаны в объеме стандарта медицинской помощи и/или по моей просьбе в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

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 уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой мне платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положениями Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Закона Российской Федерации от 07.02.92 N 2300-1 «О защите прав потребителей», Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 N 1006), положения которых мне разъяснены, мне понятны.

Я подтверждаю, что владею русским языком, получил исчерпывающую информацию о предлагаемых мне медицинских услугах в доступной для меня форме, и выбираю оказание платных медицинских услуг, о чем свидетельствует моя подпись под этим документом

Подпись пациента _____

"__" _____ 20__ г.

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