

**ИНФОРМИРОВАННОЕ  
СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ  
ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Я, пациент \_\_\_\_\_, в рамках договора об оказании платных медицинских услуг желаю получить платные медицинские услуги в структурном подразделении ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России.

При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников Учреждения полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.
2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.
3. Мне доступно разъяснены сотрудниками Учреждения мои права и обязанности в сфере охраны здоровья в соответствии с федеральным законом Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации от 21.11.2011 №323-ФЗ.
4. 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.
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, Учреждение не несет ответственности за их возникновение.
6. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.
7. Я информирован(а) о том, что должен(а) пройти все обязательные клинические исследования, дополнительные обследования, которые могут потребоваться в процессе лечения.
8. Я ознакомлен с действующим перечнем платных медицинских услуг с указанием цены и согласен оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.
9. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с врачом и я даю свое согласие на их оплату в кассу (по безналичному перечислению) в сумме \_\_\_\_\_ руб.
10. Я проинформирован, что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в структурном подразделении ФГБОУ ВО Астраханского ГМУ Минздрава России.
11. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Пациент (подпись): \_\_\_\_\_,

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Настоящее соглашение подписано пациентом на приеме у лечащего врача после проведения разъяснительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.