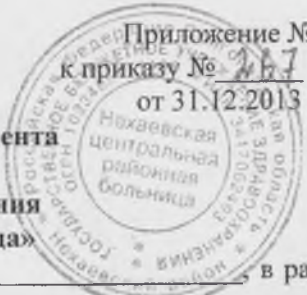


Приложение № 11  
к приказу № 267  
от 31.12.2013 года.

**Информационное добровольное согласие пациента  
на оказание медицинских услуг за плату  
в муниципальном учреждении здравоохранения  
«Нехаевская центральная районная больница»**



Я, пациент \_\_\_\_\_ в рамках договора об оказании платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги в ГБУЗ «Нехаевская центральная районная больница» при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудника ГБУЗ «Нехаевская Центральная районная больница» полную информацию о возможности и условиях представления мне бесплатных медицинских услуг в ГБУЗ «Нехаевская центральная районная больница», в рамках Программы государственных гарантий получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов (а) их оплатить.
2. Мне разъяснено и я осознал(а), что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.
3. Мне разъяснено и осознал(а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат и что при проведении операции и после нее, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения индивидуальными биологическими особенностями организма.
4. Я согласен(а) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность побочных эффектов и осложнений, обусловленных индивидуальными биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ГБУЗ «Нехаевская центральная районная больница» не несет ответственности за их возникновение.
5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен (на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей ГБУЗ «Нехаевская центральная районная больница».
6. Я ознакомлен (на) с действующим прейскурантом и согласен (а) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.
7. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с врачом и я даю свое согласие на их оплату в кассу (по безналичному перечислению) в МУЗ «Нехаевская центральная районная больница» в сумме \_\_\_\_\_ рублей.
8. Я проинформирован (а), 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 ГБУЗ «Нехаевская центральная районная больница».
9. Настоящее согласие мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Пациент \_\_\_\_\_ (ф.и.о.)

Адрес: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (дата)

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

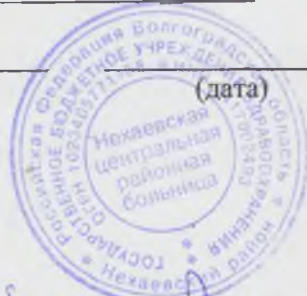
ГБУЗ «Нехаевская центральная районная больница»  
Адрес: 403171 ст. Нехаевская ул. Победы д.3  
тел/факс 5-10-71

\_\_\_\_\_ (ф.и.о. ответственного лица)

М.П.

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (дата)



*Ирина Верникова*