

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

г.Тамбов

«__» _____ 20__ г

Я, потребитель _____

в рамках договора об оказании платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги в ТОГБУЗ «Городская клиническая больница №4 г.Тамбова», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников ТОГБУЗ «Городская клиническая больница №4 г.Тамбова» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в ТОГБУЗ «Городская клиническая больница №4 г.Тамбова», 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 разъяснено и я осознал(а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат и что при проведении осмотра, диагностических и лабораторных исследований, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения, по независящим от медицинских работников причинам.
4. Я согласен стем, 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, ТОГБУЗ «Городская клиническая больница №4 г.Тамбова» 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.
6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие виды медицинских услуг, которые я хочу получить в ТОГБУЗ «Городская клиническая больница №4 г.Тамбова» _____

7. Я ознакомлен с действующим прейскурантом цен и согласен 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 ТОГБУЗ «Городская клиническая больница №4 г.Тамбова» в сумме _____ руб.
9. 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 ТОГБУЗ «Городская клиническая больница №4 г.Тамбова»
10. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Потребитель _____, паспорт № _____, серия _____,
(ф.и.о.) (паспортные данные)
Выдан _____ г. место выдачи _____

(подпись пациента)

ТОГБУЗ «Городская клиническая больница №4 г. Тамбова»

М.П.

(ф.и.о. ответственного лица)