

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

г. Орел

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Я, пациент \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, карта пациента № \_\_\_\_\_, в рамках договора об оказании платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги в бюджетном учреждении здравоохранения Орловской области «Орловская областная клиническая больница», при этом мне разъяснено и мною осознанно следующее:

1. Я, получив от сотрудника больницы полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в БУЗ Орловской области «ООКБ», в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, согласно Постановления Правительства РФ «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам 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, что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат, и что при проведении лечения или операции и после них, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения: \_\_\_\_\_

4. Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений (вплоть до летального исхода), обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, БУЗ Орловской области «ООКБ» не несет ответственности за их возникновение.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей БУЗ Орловской области «ООКБ».

6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом, выбраны следующие виды медицинских услуг, которые я хочу получить в БУЗ Орловской области «ООКБ» и согласен оплатить: \_\_\_\_\_

7. Я подтверждаю, что согласовываю оказание мне платных медицинских услуг, в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

8. Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен оплатить, стоимость указанной медицинской услуги, в соответствии с ним.

9. Виды выбранных мною платных услуг согласованы с врачом и я даю свое согласие на их оплату в кассу (по безналичному перечислению) в БУЗ Орловской области «ООКБ» в сумме \_\_\_\_\_ руб.

10. Я проинформирован, что по поводу имеющего у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в БУЗ Орловской области «ООКБ».

11. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенной мне медицинской услуги и даю свое согласие на ее применение.

пациент; \_\_\_\_\_