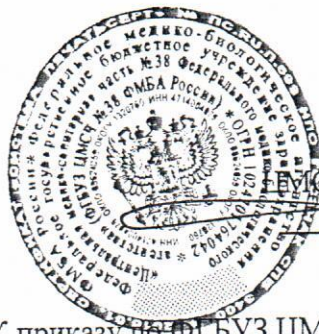


ФОРМА

УТВЕРЖДАЮ



Начальник ФГБУЗ

ЦМСЧ № 38 ФМБА России

В.П.Филин

Приложение № 10

К приказу по ФГБУЗ ЦМСЧ № 38 ФМБА России

От « 29.05.2019 » года № 217

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я, гражданин(ка) _____

Подтверждаю, что:

-получил(а) в доступной для понимания и восприятия форме от сотрудников ФГБУЗ ЦМСЧ № 38 ФМБА России полную информацию о возможностях, условиях и сроках предоставления мне бесплатной медицинской помощи в рамках «Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в Ленинградской области», даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов(а) их оплатить;

-в доступной для понимания и восприятия форме мне разъяснено о возможности получения как одного вида платных медицинских услуг, так и нескольких видов услуг;

-получил в доступной для понимания и восприятия форме информацию о правилах пребывания и лечения в ФГБУЗ ЦМСЧ № 38 ФМБА России;

- в доступной для понимания и восприятия форме мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое лечение не гарантирует 100%-ный результат излечения и что при оказании медицинских услуг и после их оказания, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны обострения заболевания или различные осложнения;

-согласен(на) 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, ФГБУЗ ЦМСЧ № 38 ФМБА России не несет ответственности за их возникновение;

-осознал(а) и понимаю, что для получения лучших результатов лечения должен (на) исполнять все назначения, рекомендации и советы медицинского персонала ФГБУЗ ЦМСЧ № 38 ФМБА России;

- ознакомлен(а) с тем, что могу получить аналогичную медицинскую помощь также в других медицинских организациях на других условиях;

Своей подписью я подтверждаю свое желание на заключение договора и получение платных медицинских услуг в ФГБУЗ ЦМСЧ № 38 ФМБА России.

Дата _____ 20__ г.

Подпись _____ / _____ /