

**Информированное добровольное согласие потребителя
(законного представителя потребителя)**

г.Владимир

« _____ » _____

Я, «Потребитель (законный представитель потребителя)» _____, в рамках договора об оказании платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги в ГБУЗ ВО «Городская поликлиника №1 г. Владимира», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее.

1. Я, получив от сотрудников ГБУЗ ВО «ГП №1 г.Владимира» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в ГБУЗ ВО «ГП №1 г.Владимира», 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 оказании Услуг и после, 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, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ГБУЗ ВО «ГП №1 г.Владимира» 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 ВО «ГП №1 г.Владимира» .

6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие виды дополнительных медицинских услуг, которые я хочу получить в ГБУЗ ВО «ГП №1 г.Владимира» и согласен (на) оплатить: _____.

7. Я ознакомлен с действующим прейскурантом 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 в ГБУЗ ВО «ГП №1 г.Владимира» в сумме _____.

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 ГБУЗ ВО «ГП №1 г.Владимира» .

10. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

«Потребитель»:

_____ (фамилия, имя, отчество, паспортные данные и подпись заказчика)

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

ГБУЗ ВО «ГП №1 г.Владимира» _____

М.П.

(фамилия, имя, отчество ответственного лица)