

Информированное согласие об объеме и условиях, оказываемых платных медицинских услуг

Я, _____ г. рождения,
(за недееспособного, ограниченно дееспособного, строку заполняют законные представители: мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)
зарегистрированный по адресу: _____

являющийся Пациентом, законным представителем в рамках договора на оказание платных медицинских услуг № _____ от _____ г. желаю получить платные медицинские услуги в ГБУЗ "Тамбовский областной кожно-венерологический клинический диспансер" (далее по тексту - Исполнитель), при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от работников Исполнителя полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг в ГБУЗ "ТОКВКД", в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание платных медицинских услуг и готов(а) их оплатить.
2. Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг, в то время как я рассмотрел(а) различные варианты получения медицинских услуг, и то, что мне могут оказать аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе.
3. Я выражаю добровольность* в получении платных медицинских услуг и проведение мне диагностических процедур: получения проб биологического материала для лабораторных исследований, инструментальных исследований, осмотра врача, о целях, характере и возможных неблагоприятных эффектах диагностических процедур, а также о том, что предстоит мне делать до и во время процедур на платной основе.
4. Я получил(а) исчерпывающую информацию по поводу диагноза, об особенностях течения заболевания, о длительности лечения, об исходах лечения, о прогнозе заболевания, об обстоятельствах, ухудшающих прогноз заболевания, о предложенном плане лечения и с правилами лечебно - охранительного режима и обязуюсь их соблюдать.
5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(а) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей (специалистов) Исполнителя, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно - охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приемов препаратов бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.
6. Виды выбранных мною медицинских услуг согласованы с лечащим врачом (специалистом), и я даю свое согласие на проведение мне диагностических и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний и других процедур.
7. Я получил(а) информацию о других сопоставимых по медицинской эффективности методах лечения и возможности получения медицинской помощи.
8. Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а так же, об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.
9. Я согласен (а) 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, Исполнитель не несет ответственности за их возникновение.
10. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и нескольких видов услуг.
11. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(а) оплатить стоимость оказанных медицинских услуг в соответствии с ним.
12. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с лечащим врачом (специалистом), и я даю свое согласие на их оплату.
13. Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.
14. Не возражаю против записи медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием - исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.
15. Я разрешаю, в случае необходимости, предоставить медицинскую документацию и информацию о состоянии моего здоровья (моем диагнозе, степени тяжести, характере моего заболевания и т.д.) следующим лицам: _____

Настоящее информированное согласие подписано мною после проведения предварительной беседы об оказании платных медицинских услуг.

Пациент: _____

Паспорт: серия _____ № _____ выдан _____

Адрес: _____

(подпись пациента) / _____
(ФИО пациента)

« ____ » _____ г.