

## Consentement éclairé sur l'étendue et les conditions des services de santé rémunérés

Moi, \_\_\_\_\_ lieu de, \_\_\_\_\_  
(pour les personnes ayant une capacité juridique limitée, la ligne est remplie par des représentants légaux : mère, père, parent adoptif, tuteur, curateur)  
naissance, enregistré à: \_\_\_\_\_

étant le Patient, le représentant légal en vertu du contrat pour le paiement des services médicaux No. \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, an. Je souhaite recevoir des services médicaux payants dans le EPBS " Hôpital clinique régional de dermatologie et de vénéréologie de Tambov" (ci-après dénommé), avec ce qui suit étant expliqué et compris par moi:

1. Je, ayant été pleinement informé par les employés de l'agence d'exécution de la possibilité et des conditions de fournir des services médicaux gratuits dans le GBUZ "TOKVKD", dans le cadre de programmes d'assistance médicale gratuite, je m'engage à payer pour les services médicaux et je suis (a) prêts à payer pour eux.
2. Je me porte volontaire pour recevoir des services médicaux rémunérés, alors que j'ai envisagé(e) diverses options pour obtenir des services médicaux et que je pourrais recevoir des services similaires dans d'autres établissements de santé, à d'autres conditions et gratuitement.
3. J'exprime un caractère volontaire\* en recevant des services médicaux rémunérés et en effectuant des procédures diagnostiques pour moi: obtention d'échantillons de matériel biologique pour des tests de laboratoire, des tests instrumentaux, examen par un médecin, sur les objectifs, la nature et les effets indésirables possibles des procédures de diagnostic, ainsi que ce que je me dois de faire avant et pendant les procédures sur une base payante.
4. J'ai reçu(e) des informations exhaustives sur le diagnostic, les caractéristiques de la maladie, la durée du traitement, l'issue du traitement, le pronostic de la maladie, les circonstances aggravant le pronostic de la maladie, le plan de traitement proposé et les règles de traitement : je promets de les respecter.
5. Je comprends que pour obtenir les meilleurs résultats de traitement, je dois exécuter tous les rendez-vous, recommandations et conseils des médecins (spécialistes) de l'Interprète, informer immédiatement le médecin de toute détérioration de la santé, d'être d'accord avec le médecin sur tout rendez-vous, je suis conscient que le refus du traitement, le non-respect du régime curatif et protecteur, les recommandations du personnel médical et l'administration de médicaments, et l'auto-contrôle incontrôlé des médicaments peuvent compliquer le processus de traitement et avoir un impact négatif sur la santé.
6. Les types de services médicaux que j'ai choisis ont été convenus avec le médecin traitant (spécialiste), et j'accepte d'effectuer des mesures diagnostiques et thérapeutiques : comprimés, injections et autres procédures.
7. J'ai reçu(e) de l'information sur d'autres traitements médicalement comparables et sur l'accès aux soins.
8. J'ai informé le médecin de tous les problèmes de santé, y compris les manifestations allergiques ou l'intolérance individuelle de médicaments, toutes les blessures que j'ai connues et éprouvées, sur les facteurs environnementaux et de production de physique, la nature chimique ou biologique qui m'affecte pendant ma vie, sous forme de médicaments. J'ai donné(e) des informations véridiques sur l'hérédité ainsi que sur la consommation d'alcool, de drogues et de substances toxiques.
9. Je conviens que la technologie de soins médicaux employée ne peut exclure complètement la possibilité d'effets secondaires et de complications en raison des caractéristiques biologiques de l'organisme, et lorsque le service est fourni conformément à toutes les exigences nécessaires, L'auteur n'est pas responsable de leur apparition.
10. On m'explique que je peux recevoir à la fois un type de services médicaux rémunérés et plusieurs types de services.
11. J'ai été informé(e) de la liste de prix actuelle et j'accepte de payer le coût des services médicaux fournis conformément à celle-ci.
12. Les types de services médicaux rémunérés que je choisis sont convenus avec le médecin traitant (spécialiste) et je consens à leur paiement.
13. J'atteste que j'ai lu le texte de mon consentement éclairé à une intervention médicale, que je comprends l'objet du présent document, que les éclaircissements reçus sont compréhensibles et que je suis satisfait(e).
14. Je ne m'oppose pas à l'enregistrement des interventions médicales sur les médias et des démonstrations pour les personnes ayant une formation médicale, exclusivement à des fins médicales, scientifiques ou éducatives, sous réserve du secret médical.
15. J'autorise, si nécessaire, les personnes suivantes à recevoir des documents médicaux et des renseignements sur mon état de santé (mon diagnostic, la gravité, la nature de ma maladie, etc.): \_\_\_\_\_

Ce consentement éclairé a été signé par moi à la suite d'une entrevue préliminaire sur la prestation de services médicaux rémunérés.

Patient: \_\_\_\_\_

Passport: série \_\_\_\_\_ №. \_\_\_\_\_ délivré \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(signature du patient) / \_\_\_\_\_  
(Nom prenom du patient)

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ year.