

ПЛАТНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ

Согласие с объёмом и условиями оказания платных медицинских услуг

Отдельный документ · приложение к договору

г. Пенза

« ____ » _____ 20__ г.

Важно. Настоящий документ подтверждает согласование платного характера, объёма и условий услуг. Он не заменяет информированное добровольное согласие на конкретное медицинское вмешательство, которое оформляется медицинским работником отдельно.

Пациент	Ф.И.О.: _____
Дата рождения	« ____ » _____ г.
Медицинская карта	№ _____
Законный представитель	Ф.И.О., основание полномочий: _____
Договор	№ _____ от « ____ » _____ 20__ г.

1. Подтверждение Пациента

Я, Пациент и (или) законный представитель, подтверждаю, что до подписания настоящего согласия мне в доступной форме предоставлена информация и разъяснены следующие обстоятельства:

- возможность получения соответствующих видов и объёмов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы;
- право отказаться от заключения договора платных медицинских услуг без уменьшения видов и объёмов медицинской помощи, оказываемой бесплатно в рамках указанных программ;
- наименование, содержание, объём, стоимость, сроки ожидания и порядок оплаты выбранных платных медицинских услуг;
- сведения о медицинском работнике, отвечающем за оказание услуги, его образовании и квалификации;
- применяемые порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи (при наличии);
- отсутствие гарантии заранее определённого результата лечения и возможность индивидуальной реакции организма;
- необходимость соблюдать назначения, рекомендации и режим лечения, а также сообщать достоверные сведения о здоровье, заболеваниях, противопоказаниях, аллергических реакциях и принимаемых препаратах;
- право задавать вопросы, получать разъяснения, выбирать из предложенных вариантов, получать медицинские документы и отказаться от услуги в установленном законом порядке;
- то, что дополнительные услуги, не включённые в согласованный перечень, оказываются только после моего согласия и согласования стоимости, кроме случаев, предусмотренных законом;
- контакты Исполнителя, порядок направления обращений и сведения о контролирующих органах.

2. Согласованный объём платных услуг

Услуга	Кол-во	Цена, Р	Стоимость, Р

Планируемая дата и время оказания услуг: « ____ » _____ 20__ г., _____ ч. _____ мин.

Я добровольно выбираю перечисленные платные услуги, согласен(на) с их стоимостью и подтверждаю, что получил(а) ответы на заданные вопросы.

Ответственное лицо Исполнителя / подпись Ф.И.О. Дата: « ____ » _____ 20__ г.	Пациент / законный представитель / подпись Ф.И.О. Дата: « ____ » _____ 20__ г.
---	---

Сведения об Исполнителе

ООО «ОСТЕОНИК» · ИНН 5835122590 · КПП 583501001 · ОГРН 1175835003992
440066, Пензенская область, г. Пенза, ул. Тернопольская, д. 14, помещ. 36 · +7 967 701-82-18 · osteonik@mail.ru
Лицензия Л041-01166-58/00322720 от 09.07.2018, предоставлена Министерством здравоохранения Пензенской области.