

Добровольное информированное согласие на оказание платных медицинских услуг

г. Москва

\_\_\_\_\_ 202\_ г.

Я, \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.), \_\_\_\_\_ 202\_ года рождения, паспорт: \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_ 202\_ г. (кем) \_\_\_\_\_, зарегистрированн \_\_\_\_\_ по адресу: \_\_\_\_\_ (адрес места жительства Заказчиком) в рамках договора об оказании платных медицинских услуг от \_\_\_\_\_ 202\_ г. № \_\_\_\_\_ (далее – Договор) изъявляю желание добровольно и без принуждения получить (нужное подчеркнуть) для себя / (в случае несовпадения в одном лице с Заказчиком) Пациента \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.), \_\_\_\_\_ 202\_ года рождения, паспорт: \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_ 202\_ г. (кем) \_\_\_\_\_, зарегистрированн \_\_\_\_\_ по адресу: \_\_\_\_\_, законным представителем которого я являюсь, платные медицинские услуги в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Детская стоматологическая поликлиника № 44 Департамента здравоохранения города Москвы» (далее – ГБУЗ «ДСП № 44 ДЗМ»), при этом мне разъяснено работниками ГБУЗ «ДСП № 44 ДЗМ» в доступной для моего понимания форме и мною осознано следующее:

1. Я, получив от работников ГБУЗ «ДСП № 44 ДЗМ» полную информацию о возможности и условиях предоставления Заказчику (Пациенту) бесплатных медицинских услуг в рамках программы госгарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, даю свое согласие на оказание платных услуг и готов их принять и оплатить в соответствии с условиями Договора.

2. Мне разъяснено, что Пациент может получить как один из видов платных медицинских услуг, указанных в утвержденном ГБУЗ «ДСП № 44 ДЗМ» перечне платных медицинских услуг, так и несколько видов таких услуг.

3. Мне разъяснено, и я осознал(а), что проводимое в рамках Договора лечение Пациенту не гарантирует стопроцентный ожидаемый результат, и что при проведении медицинского вмешательства и после него, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения.

4. Я согласен с тем, что используемые методы оказания медицинской помощи не могут полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими и физиологическими особенностями организма Пациента, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ГБУЗ «ДСП № 44 ДЗМ» не несет ответственности за их возникновение.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения Пациент должен исполнять все назначения, рекомендации и советы лечащего врача и/или иного врача-специалиста ГБУЗ «ДСП № 44 ДЗМ».

6. Я ознакомлен(на) с прейскурантом ГБУЗ «ДСП № 44 ДЗМ», действующим на момент дачи настоящего согласия, и согласен(на) оплатить стоимость платных медицинских услуг в соответствии с ним, в том числе при изменении прейскуранта на дату оказания услуг.

7. Виды выбранных мною (для Пациента) платных медицинских услуг согласовываются с лечащим врачом и/или иным врачом-специалистом ГБУЗ «ДСП № 44 ДЗМ», и я даю свое согласие на их оплату.

8. Я проинформирован(на), что по поводу имеющегося у Пациента заболевания, и что могу получить медицинскую помощь в других медицинских организациях, и выбираю ГБУЗ «ДСП № 44 ДЗМ» для получения платных медицинских услуг.

Настоящее согласие мною прочитано вслух, я полностью понимаю смысл и назначение предложенных платных медицинских услуг, и даю согласие на их оказание за плату.

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия имя отчество)