

**Информированное добровольное согласие
на оказание платных медицинских услуг**

" " _____ 201__ г.

Я, _____
законный представитель ребенка _____

(Ф.И.О.)

в рамках договора на оказание платных медицинских услуг желаю получить платные медицинские услуги в ГУЗ ЯО «ДП №3» (далее - Учреждение), при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в т.ч. в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить. Я ознакомлен с положением об организации платных услуг в Учреждении.
2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.
3. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны медицинские услуги, которые я хочу получить в Учреждении.
4. Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость медицинских услуг в соответствии с ним в кассу Учреждения.
5. Я информирован, что оплаченные денежные средства за медицинские услуги не подлежат возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования.
6. Я уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника ГУЗ ЯО «ДП №3», оказывающего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.
7. Я получил информацию о различных вариантах получения медицинской услуги, и в том, что мне могут оказать аналогичные медицинские услуги в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение желаемых медицинских услуг в Учреждении.
8. Настоящее согласие мною прочитано, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения сделаны в доступной форме и меня удовлетворяют.
9. Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, предусмотренными Федеральным законом №152-ФЗ «О персональных данных».

Потребитель:
(законный представитель)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

_____ (Дата)

Информацию до
пациента довел:

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

_____ (Дата)