

## Информированное согласие пациента на получение платных медицинских услуг

Руководителю учреждения ГАУЗ СО «Кировградская ЦГБ»

Л.В. Борисенко

(Ф.И.О. руководителя учреждения)

от \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. пациента)

\_\_\_\_\_  
(место жительства либо временного пребывания)

Я, нижеподписавш \_\_\_\_\_ ся \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. пациента)

настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских  
услуг (по договору от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года № \_\_\_\_\_).

Мне разъяснено и понятно:

1. Мое право на получение бесплатной медицинской помощи, в объемах, предусмотренных Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам РФ, проживающих в Свердловской области, бесплатной медицинской помощи.
2. Несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего 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.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_ г.

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Лечащий врач \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.) (подпись)

Зав.отделением \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.) (подпись)