

**Информированное согласие  
об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг**

Я, \_\_\_\_\_ являюсь Потребителем, в рамках договора об оказании платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., желаю получить платные медицинские услуги в ГБУЗ РБ Детская поликлиника № 2 г. Уфа за плату, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от работников ГБУЗ РБ Детская поликлиника № 2 г. Уфа полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг в учреждении, в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание платных медицинских услуг и готов их оплатить.
2. Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг, в то время как я рассмотрел различные варианты получения медицинских услуг, и то, что мне могут оказать аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе.
3. Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, учреждение не несет ответственности за их возникновение.
4. Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований, анализа крови общего и биохимического, исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, анализа мочи общего, электрокардиограмм, проведения рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических исследований и лечебных мероприятий, прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных инфузий, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.
5. Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения.
6. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и нескольких видов услуг.
7. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен исполнять все назначенной, рекомендации и советы врачей.
8. Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость оказанных медицинских услуг в соответствии с ним.
9. Не возражаю против записи медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.
10. Я удостоверяю что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Настоящее информированное согласие подписано мною после проведения предварительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

Потребитель, \_\_\_\_\_

Паспорт № \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_

Выдан \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Адрес \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

(Подпись)