Приложение 10 к приказу Клиники №184 от 28.03.2018г.

Информированное согласие

об объеме и условиях оказываемых платных услуг.

Я

являющейся (-щаяся) **Потребителем** в рамках договора на оказание платной медицинской услуги

, по Договору № от  (№ медицинской карты \_\_\_\_\_\_\_\_).осознанно, добровольно

желаю получить платные медицинские услуги в Клинике ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России.

1. Мне в доступной форме представлена информация в получении платных медицинских услуг. Я рассмотрел(-а) различные варианты получения медицинских услуг, в том числе, в рамках программ бесплатной медицинской помощи на других условиях, в других медицинских учреждениях. Я даю согласие на получение мной платных медицинских услуг и готов(-а) их оплатить.

2. Я ознакомлен(-а) с действующим прейскурантом и согласен(-сна) оплатить стоимость платной услуги в соответствии с ним.

3. Я согласен(-сна), что используемая технология медицинской помощи полностью не исключает вероятность побочных эффектов и осложнений, обусловленных особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Клиника не может нести ответственность за их возникновение.

4. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов я должен(-жна) исполнять все назначения и рекомендации врачей Клиники.

5. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных услуг, так и несколько видов услуг.

6. Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия мною прочитан, его смысл доведен до меня в доступной форме, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

7. Настоящее информированное согласие подписано мною после проведения предварительной беседы врачом  и является приложением к договору №  от , заключенным мной с Клиникой ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России.

Пациент

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /