

Информированное согласие  
Об объеме и условиях оказываемых платных услуг.

Я \_\_\_\_\_  
являющейся (-щаяся) Потребителем в рамках договора на оказание платной медицинской услуги  
, по Договору № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ (№ 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 удостоверю, 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

\_\_\_\_\_ /