

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

Я \_\_\_\_\_ являющаяся Потребителем в рамках договора на оказание платной медицинской услуги \_\_\_\_\_ по договору № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_, желаю получить платные медицинские услуги у Исполнителя - в Клинике ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг, в то время как, а рассмотрела различные варианты получения медицинских услуг, в том числе в рамках программ бесплатной медицинской помощи, на других условиях, в других медицинских учреждениях, но я даю согласие на оказание платных медицинских услуг и готов их оплатить.
2. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласна оплатить стоимость платной услуги в соответствии с ним.
3. Я осознанно выбираю данный вид платной медицинской услуги в которую входит:
  1. Обход заведующего отделением ежедневно;
  2. Осмотры, консультации лечащим врачом не менее 2-ух раз в день;
  3. Медико-гигиеническое обучение пациентов и близких родственников.
  4. Посещение палатной медицинской сестры не менее 3-х раз в день;
  5. Лечебно-диагностические процедуры, выполнение которых возможно у постели больного, обеспечиваются в палате.
  6. Санитарно-гигиеническая уборка, кратность -3 раза в день.
  7. Хранение продуктов, подогрев пищи и кормление пациента в палате.
  8. Смена белья 1 раз в 3 дня;

Я ознакомлена с иными условиями:

4. Я уведомлен (а) и осознаю, что при выполнении основной медицинской услуги не входящей в предмет заключенного договора, используемая технология медицинской помощи полностью не исключает вероятность побочных эффектов и осложнений, обусловленных особенностями организма, и в случае, когда основная медицинская услуга не входящая в предмет заключенного договора, оказана с соблюдением всех необходимых требований, Исполнитель не несет ответственность за их возникновение.
5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов должна исполнять все назначения и рекомендации лечащего врача.
6. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных услуг так и несколько видов услуг.
7. Я удостоверен, 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.
8. Настоящее информированное согласие подписано мною после проведения предварительной беседы врачом \_\_\_\_\_ и является приложением к договору \_\_\_\_\_ заключенным мной с Исполнителем – Клиникой ФГБОУ ВО

ЮУГМУ Минздрава России

Потребитель \_\_\_\_\_