

**СОГЛАШЕНИЕ ОБ ОБЪЕМЕ И УСЛОВИЯХ ОКАЗЫВАЕМЫХ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
(ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ)**

« ____ » _____ 20 ____ г.

г. Тамбов

Я, пациент _____

(ФИО)

медицинская карта пациента № _____ в рамках договора об оказании платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги в областном государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Тамбовская психиатрическая клиническая больница», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее.

1. Я, получив от сотрудников областного государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Тамбовская психиатрическая клиническая больница» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в областном государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Тамбовская психиатрическая клиническая больница», в рамках программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.

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

3. Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100 % результат и что при проведении курса лечения как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.

4. 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, областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Тамбовская психиатрическая клиническая больница» не несет ответственности за их возникновение.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей областного государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Тамбовская психиатрическая клиническая больница».

6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие виды дополнительных медицинских услуг, которые я хочу получить в областном государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Тамбовская психиатрическая клиническая больница» и согласен(на) оплатить:

Медицинское освидетельствование на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического) (Медицинское наркологическое освидетельствование и прохождение химико-токсикологического исследования с заключением об отсутствии в организме человека наркотических веществ и их метаболитов на основании закона от 13.07.2015г. №230-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации).

(виды дополнительных медицинских услуг)

7. Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.

8. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с врачом, и я даю свое согласие на их оплату в кассу областного государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Тамбовская психиатрическая клиническая больница» в сумме 800 (_____)

(сумма цифрами)

(сумма прописью)

) руб.

9. Я проинформирован, что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в областном государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Тамбовская психиатрическая клиническая больница».

10. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Пациент: _____

(Ф.И.О.)

Паспорт № _____, выдан _____

(число месяц год, кем выдан)

(подпись)

(фамилия инициалы)

Настоящее соглашение подписано пациентом на приеме у лечащего врача после проведения разъяснительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Тамбовская психиатрическая клиническая больница»

(фамилия, имя, отчество ответственного лица)

(подпись)

(фамилия инициалы)

М.П.