

**Информированное добровольное согласие потребителя
на получение платных медицинских услуг**

Я, [**Ф. И. О. потребителя**], настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в БУ «Радужнинская городская больница».

Мне разъяснено и понятно мое право на получение бесплатной медицинской помощи, в том числе схожих медицинских услуг, в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками и условиями оказания и порядком оплаты медицинских услуг, предоставляемых БУ «Радужнинская городская больница».

Я изъявляю желание заключить договор на оказание платных медицинских и иных услуг с БУ «Радужнинская городская больница».

Я даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в договор на предоставление платных медицинских услуг с целью получения платных медицинских услуг в БУ «Радужнинская городская больница».

Медицинским работником БУ «Радужнинская городская больница» в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Я осведомлен о наличии показаний и противопоказаний к проведению видов и методов лечения по договору на предоставление платных медицинских услуг, о режиме моего поведения до, во время и после лечения, об этапах лечения и возникновении дополнительных медицинских вмешательств на том или ином этапе лечения.

Потребитель _____

(подпись, дата)