

ОБЛАСТНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«КУРСКАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 4»

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ
УСЛУГ

Я, нижеподписавшийся(-ая), _____

_____,
(Ф.И.О., дата рождения, адрес) настоящим подтверждаю, что руководствуясь законодательством об охране здоровья граждан, в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме, проинформирован(а) о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в том числе:

- 1) первичной медико-санитарной помощи, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной;
- 2) специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной.

Добровольно в соответствии с ФЗ от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", даю свое согласие на оказание платных медицинских услуг.

Настоящим также подтверждаю, что я уведомлен(а) о том, что:

1. несоблюдение указаний (рекомендаций) лечащего врача, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья вплоть до его ухудшения и необратимым последствиям, включая летальный исход.
2. в случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с [Федеральным законом](#) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

«__» _____ 20__ г. _