

**СОГЛАШЕНИЕ****об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг (информированное согласие)**

Пациент (Потребитель), в рамках договора об оказании платных медицинских услуг, получает платные медицинские услуги в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Ставропольского края «Краевая специализированная клиническая инфекционная больница» (далее – ГБУЗ СК КСКИБ, Исполнитель), при этом пациенту разъяснено следующее:

1. Получив от сотрудников полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Ставропольского края, Пациент (Потребитель), либо (а также) его законный Представитель (если имеется или обязателен в силу Закона) (далее по тексту- Пациент), дает свое согласие на оказание платных медицинских услуг и готов их оплатить (одновременно выступая в качестве Заказчика, или посредством иного Заказчика - физического или юридического лица, имеющего намерение заказать (приобрести) платную медицинскую услугу по договору в пользу Пациента (Потребителя)).

2. Пациенту, разъяснено, что он может получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

3. Пациенту разъяснено, что проводимое лечение не гарантирует 100% результат и что при проведении лечения и после него, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения.

4. Пациент 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 соблюдением всех необходимых требований, не несет ответственности за их возникновение.

5. Пациент должен осознавать и понимать, что для получения лучших результатов лечения должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.

6. Пациенту добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны виды дополнительных медицинских услуг, в рамках договора об оказании платных медицинских услуг, которые он хочет получить в ГБУЗ СК КСКИБ и согласен(на) оплатить лечение.

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

8. Виды выбранных пациентом платных медицинских услуг согласованы с врачом, и пациент дает свое согласие на их оплату в кассу наличным расчетом (по безналичному перечислению) в ГБУЗ СК КСКИБ в сумме, согласно договору об оказании платных медицинских услуг.

9. Пациент проинформирован, что по поводу имеющегося у него заболевания он имеет право получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждает свое согласие на получение указанной медицинской услуги в ГБУЗ СК КСКИБ.

10. Настоящее соглашение пациентом прочитано, пациент полностью понимает преимущества предложенных ему видов медицинских услуг и дает согласие на их применение. Настоящее соглашение подписано пациентом и является неотъемлемой частью Договора об оказании платных медицинских услуг.

**Подписи Сторон (Представителей Сторон) Соглашения (информированного согласия):**

<b>Потребитель</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	(Потребителем является Пациент)	(Полностью Фамилия, имя, отчество)	(Личная подпись)
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	(если имеется)	(Полностью Фамилия, имя, отчество (для юридического лица - наименование))	(Личная подпись)
<b>Заказчик</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		(Полностью Фамилия, имя, отчество (для юридического лица - наименование))	(Личная подпись)

**Уполномоченный Представитель ГБУЗ СК КСКИБ по доверенности:**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
	(Полностью Фамилия, имя, отчество)
по доверенности от <input type="text"/> . <input type="text"/> . 20 <input type="text"/> г. № <input type="text"/>	Место для постановки печати
(Дата выдачи доверенности и номер доверенности, при наличии)	(Личная подпись)

**УВЕДОМЛЕНИЕ**

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края «Краевая специализированная клиническая инфекционная больница», осуществляющее свою деятельность на основании действующей бессрочно лицензии, регистрационный номер лицензии: Л041-01197-26/00348052, дата предоставления лицензии: 21.06.2019, выданной Министерством здравоохранения Ставропольского края, в лице главного врача Яценко Натальи Александровны, действующего на основании Устава и приказа Министерства здравоохранения Ставропольского края от 31.07.2020 №15-03/359, уведомляет Потребителя (законного Представителя Потребителя, при наличии) и Заказчика о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника лечебного учреждения, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.\*

**С уведомлением ознакомлен:**

<b>Потребитель</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	(Потребителем является Пациент)	(Полностью Фамилия, имя, отчество)
<b>Законный Представитель Потребителя</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	(если имеется)	(Полностью Фамилия, имя, отчество (для юридического лица - наименование))
<b>Заказчик</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		(Полностью Фамилия, имя, отчество (для юридического лица - наименование))

**Примечание:**

\*Текст уведомления потребителя (законного представителя потребителя) и Заказчика, заверенный руководителем медицинской организации, находится на информационных стендах (стойках) медицинской организации, а также у уполномоченного представителя медицинской организации, действующего на основании доверенности, и предоставляется для ознакомления по устному запросу заинтересованного лица.