

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 N 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг"

Я, гражданин(ка) _____
ознакомился (ась) с «Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи в Омской области», об условиях и сроках получения бесплатной медицинской помощи информирован(а).

Мне разъяснен порядок оказания бесплатной медицинской помощи.

Я ознакомлен с тем, что могу получить аналогичную медицинскую помощь также в других медицинских организациях на других условиях.

** (БУЗОО «ККД» уведомляет Вас, до заключения договора «об оказании платных медицинских услуг и иных услуг», что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (БУЗОО «ККД», медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), 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 здоровья).*

Своей подписью я подтверждаю свое желание на получение платных медицинских услуг в бюджетном учреждении здравоохранения Омской области «Клинический кардиологический диспансер» и что с уведомлением ознакомлен;

« ___ » _____ 20 ___ год

(подпись потребителя)

(ФИО потребителя)