

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА  
на предоставление медицинских услуг на платной основе**

На основании п.2 ст.19 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», я \_\_\_\_\_

желаю получить платные медицинские услуги в бюджетном учреждении здравоохранения Орловской области «Плещеевская ЦРБ».

Я получил (а) полное и всестороннее разъяснение о предлагаемых диагностических мероприятиях и планируемом обследовании. Мне разъяснено, 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 на территории города Орла и Орловской области.

Я ознакомлен (а) с действующим прейскурантом и согласен (а) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним за счет своих личных средств и иных источников дохода, не запрещенных действующим законодательством.

Уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской и иной услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья заказчика (потребителя);

Все положения настоящего документа мне разъяснены и понятны.

Изъявляю желание заключить договор на оказание платных медицинских и иных услуг с бюджетным учреждением здравоохранения Орловской области «Плещеевская центральная районная больница».

Информацию до пациента

довел \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Подпись, ФИО

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (ФИО пациента/ законного представителя)

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_ года