

Информированное добровольное согласие Потребителя (законного представителя Потребителя) на предоставление платных медицинских, реабилитационных услуг в ГАУ АО АОСРЦ «Русь»

Я, _____

(Ф. И. О. гражданина)

« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

являюсь законным представителем _____

(Ф.И.О. адрес места жительства (пребывания) ребенка, подопечного)

В рамках договора от « _____ » _____ 20____, желаю получить платные медицинские, реабилитационные услуги в Государственном автономном учреждении Астраханской области «Астраханский областной «социально-реабилитационный центр «Русь» (далее-Учреждение) при этом:

1. Я получил(а) от сотрудников Учреждения полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и даю свое согласие на предоставление мне платных медицинских услуг.
2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько или целый комплекс платных услуг.
3. Мне разъяснено, я полностью осознаю и согласен, что проводимое мне лечение не гарантирует 100 % результат и что используемая при моем лечении технология не может на 100% исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных индивидуальными биологическими особенностями организма даже в том случае, если предоставленная медицинская услуга была осуществлена с учетом всех необходимых требований.
4. Я осознаю и согласен, что для получения лучших результатов лечения, я должен исполнять все назначения, рекомендации, указания врачей Учреждения, предоставляющего мне платную услугу. Я уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) врачей Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной услуги, повлечь за собой невозможность завершения ее в срок или отрицательно сказаться на моем состоянии.
5. Мне разъяснена необходимость незамедлительного обращения за медицинской помощью в случае ухудшения состояния здоровья после медицинского вмешательства.
6. Я ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима в ГАУ АО АОСРЦ «Русь» и обязуюсь их соблюдать.
6. Я ознакомлен (а) с действующими в Учреждении тарифами на платные услуги, оказываемые ГАУ АО АОСРЦ «Русь» и согласен оплатить стоимость услуг.
7. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания, могу получить медицинскую помощь в других лечебных заведениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанных платных услуг в ГАУ АО АОСРЦ «Русь».
8. Настоящий документ мною внимательно прочитан, претензий и замечаний не имеется, в связи с чем я отказываюсь от бесплатной медицинской помощи и даю согласие на проведение платных медицинских, реабилитационных услуг.

_____ (Ф. И. О. Потребителя)

_____ (подпись)

_____ (Ф. И. О. Потребителя или законного представителя Потребителя)

« _____ » _____ г.

(дата оформления)

