

Государственное учреждение здравоохранения  
"Тульский областной клинический кардиологический диспансер"

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПЛАТНЫХ  
МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я, \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество)  
находясь на лечении в \_\_\_\_\_  
отделении \_\_\_\_\_ ГУЗ "ТОККД" ознакомлен(а) моим  
лечащим врачом \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество)

с намеченным мне общим планом обследования и лечения.

В рамках договора на оказание платных медицинских услуг я желаю получить лечение в ГУЗ "ТОККД", при этом лечащим врачом мне лично разъяснено и мною осознано следующее:

Я, получив от сотрудников полную информацию о возможности и условиях предоставления мне платных медицинских услуг, даю своё согласие на лечение в данном учреждении.

Я проинформирован, что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в рамках обязательного медицинского страхования, в том числе в других лечебных учреждениях и подтверждаю своё согласие на получение желаемых услуг в ГУЗ "ТОККД" на платной основе.

Мне разъяснено, что не соблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника) могут снизить качество предоставляемой мне услуги и повлечь за собой невозможность ее завершение в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Со мной обсуждены последствия отказа от обследования и лечения. Я получил(а) исчерпывающие и понятные мне ответы на вопросы и имел(а) достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное мне обследование и лечение.

Я предупрежден, что за грубое нарушение больничного режима могу быть досрочно выписан из лечебно-профилактического учреждения.

Подбор и осуществление медикаментозного и других видов лечения доверяю своему лечащему врачу \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество)

Пациент

(подпись пациента либо его доверенного лица, фамилия, имя,, отчество, реквизиты документа,  
подтверждающего право представлять интересы пациента)

Лечащий врач \_\_\_\_\_  
(подпись, фамилия, имя, отчество, дата)

" \_\_\_\_ " 20 \_\_\_\_ год.