



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства Здравоохранения Российской Федерации 400131, Российская Федерация, Волгоградская обл.,
г. Волгоград, пл. Павших Борцов, 1.
ИНН 3444048472 КПП 344401001 ОКТМО 187011000
тел. (844-2) 38-50-05, факс (844-2) 55-17-70, e-mail: post@volgmed.ru

СКДЦ ВолгГМУ
400078, г. Волгоград, ул. Герцена, д. 10, тел./факс (844-2) 73-09-23

Приложение к договору № 83474
31.08.2023

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я, **ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ**, карта Пациента № **83474**, в рамках договора о предоставлении платных медицинских услуг, желаю получить медицинские услуги в **СКДЦ ВолгГМУ**, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я получил(а) от сотрудников учреждения здравоохранения полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в данном учреждении в рамках программы государственных гарантий получения бесплатной 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 медицинских услуг.
3. Мне разъяснено, и я полностью осознаю, что проводимое мне лечение не гарантирует 100% результат и что как при предоставлении медицинских услуг, так и после их предоставления возможны различные осложнения, обусловленные индивидуальными биологическими особенностями организма.
4. Я полностью согласен(на) с тем, что используемая при моем лечении технология не может на 100% исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных индивидуальными биологическими особенностями организма, и в том случае, если предоставленная медицинская услуга была осуществлена с учетом всех необходимых требований, учреждение здравоохранения не несет ответственности за их возникновение.
5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей учреждения здравоохранения.
6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения, и по согласованию с врачом были выбраны следующие виды медицинских услуг, которые я желаю получить на платной основе:

7. Я ознакомлен(а) с действующим в учреждении здравоохранения прейскурантом цен на платные медицинские услуги и согласен(на) оплатить стоимость медицинской(их) услуг(и) в соответствии с ним.

8. Виды выбранных мною и согласованных с врачом платных медицинских услуг я согласен(на) оплатить в кассу учреждения здравоохранения, либо безналичным перечислением на лицевой счет учреждения в сумме

9. Я проинформирован (а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить помощь в других лечебных заведениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанных(ой) медицинских(ой) услуг(и) в данном учреждении здравоохранения.

10. Настоящее информированное согласие мной внимательно прочитано, претензий и замечаний к данному мною информированному согласию не имеется, в связи с чем я даю согласие на проведение вышеуказанных медицинских услуг.

11. Специалист, оказывающий платную медицинскую услугу, _____

Исполнитель:

СКДЦ ВолгГМУ

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России

Юр. адрес: 400131, Волгоград, пл. Павших Борцов, 1

Факт. адрес: 400078, г. Волгоград, ул. Герцена 10

ОГРН 1023403441380

ИНН 3444048472, КПП 344401001

УФК по Волгоградской обл. (ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава

России) л/с 20296Х15820

р/с 40501810403492000005 Отделение Волгоград г. Волгоград.

БИК 041806001,

Главный врач СКДЦ ВолгГМУ

Пациент:

(Ф.И.О.) **ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ**

паспорт серия **0101** номер **010101**

выданный

дата выдачи **01.01.2001** код подразделения **010101**

зарегистрированный по адресу: **Россия, Волгоградская область, -**
, Волгоград, -, -, -

_____ Т.А. Синенко

31.08.2023

М.П.

✓

(подпись пациента/законного представителя).

31.08.2023