

К договору на оказание  
платных медицинских услуг  
от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_

## **ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПОТРЕБИТЕЛЯ НА ОКАЗАНИЕ ЕМУ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Я, \_\_\_\_\_, в рамках договора о предоставлении мне платных медицинских услуг, желаю получить медицинские услуги в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Нижегородской области «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко» (ГБУЗ НО «НОКБ им. Н.А. Семашко»).

При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я получил(а) в ГБУЗ НО «НОКБ им. Н.А. Семашко» в доступной форме полную информацию о возможности, условиях и порядке предоставления мне бесплатных медицинских услуг в данном учреждении в рамках программы государственных гарантий получения бесплатной медицинской помощи. Я отказываюсь от получения медицинской помощи за счет средств бюджетов и внебюджетных фондов в данном учреждении и даю свое согласие на предоставление мне платных медицинских услуг.
2. Я получил (а) в ГБУЗ НО «НОКБ им. Н.А. Семашко» в доступной форме полную информацию о видах платных медицинских услуг, условиях и порядке их предоставления. 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. Я ознакомлен(а) с действующим в ГБУЗ НО «НОКБ им. Н.А. Семашко» прейскурантом цен на платные медицинские услуги и согласен(на) оплатить стоимость медицинской(их) услуг(и) в соответствии с ним.
7. Я проинформирован(а) о том, что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других медицинских организациях, и подтверждаю свое согласие на получение указанных(ой) медицинских(ой) услуг(и) в ГБУЗ НО «НОКБ им. Н.А. Семашко».
8. Настоящее согласие мной внимательно прочитано, претензий и замечаний к данному мною согласию не имеется, в связи с чем я даю согласие на проведение вышеуказанных медицинских услуг.

Потребитель: \_\_\_\_\_