

МБУЗ « Стоматологическая поликлиника №3»

г. Таганрог

**Соглашение об объеме и условиях оказываемых
платных медицинских услуг (информированное согласие).**

Я, пациент(ка) _____, карта пациента № _____, в рамках договора об оказании платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги в МБУЗ « Стоматологическая поликлиника №3», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников МБУЗ « Стоматологическая поликлиника №3» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в МБУЗ « Стоматологическая поликлиника №3» в рамках программы получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.

2. Мною добровольно без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие виды медицинских услуг, которые я хочу получить в МБУЗ « Стоматологическая поликлиника №3», и согласен(а) оплатить:

3. Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.

4. Я предупрежден, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

5. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю свое согласие на их применение.

Пациент _____

Паспорт _____ выдан _____

_____ (подпись пациента) _____ (дата)

Настоящее соглашение подписано пациентом на приеме у лечащего врача после проведения разъяснительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.