

Главному врачу ГБУЗ РК
«Ялтинская ГБ №1»
Савельеву В.А.
от заведующего _____

отделением (кабинетом)

(Ф.И.О.)

**ЗАЯВКА
НА ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ И
ИНЫХ ПЛАТНЫХ УСЛУГ**

Рассмотрев ходатайство _____

(ф.и.о.)

предлагаю заключить договор на оказание следующих платных медицинских и иных платных услуг:

№ п.п.	Наименование услуги согласно Прейскуранту	№ Прейскуранта	№ п.п. по Прейскуранту	Количество услуг	Срок оказания услуги (дата, время начала или период)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					

М.П.

Заведующий _____
_____ отделением (кабинетом)

(подпись)

(Ф.И.О.)

« _____ » _____ 201__ года

**СОГЛАШЕНИЕ
ОБ ОБЪЕМЕ И УСЛОВИЯХ ОКАЗЫВАЕМЫХ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
(ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ)**

Я, пациент _____

в рамках договора об оказании платных медицинских и иных платных услуг желаю получить платные медицинские услуги в ГБУЗ РК «Ялтинская ГБ №1», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее.

1. Я, получив от сотрудников больницы полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских и иных платных услуг и готов их оплатить.

2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов этих услуг.

3. Мне разъяснено, и я осознал (а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат и что при проведении операции и после нее как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения.

4. Я согласен (сна) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ГБУЗ РК «Ялтинская ГБ №1» не несет ответственности за их возникновение.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения, я должен (жна) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.

6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны дополнительные медицинские и другие платные услуги, которые я хочу получить в ГБУЗ РК «Ялтинская ГБ №1» и согласен (сна) их оплатить в соответствии с действующим прейскурантом.

7. Виды выбранных мною платных медицинских и других услуг я согласен (сна) оплатить в кассу больницы.

8. Я проинформирован (на), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги (услуг) в ГБУЗ РК «Ялтинская ГБ №1».

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

10. Ходатайствую о заключении договора на оказание платных медицинских и иных платных услуг.

Пациент: _____
(подпись) _____ (Ф.И.О.)

« _____ » _____ 201_ года

Настоящее соглашение подписано пациентом после проведения разъяснительной беседы до заключения договора об указании платных медицинских и иных платных услуг.

Заведующий _____
_____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)
отделением (кабинетом)

« _____ » _____ 201_ года