Информированное согласие пациента

на получение платных медицинских услуг

Руководителю учреждения ГБУЗ СО «Талицкая ЦРБ»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование учреждения здравоохранения)

В.И.Редькину

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО пациента)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(место жительства либо временное проживание)

Я, нижеподписавшийся\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО пациента)

Настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг.

Мне разъяснено и понятно моё право на получение бесплатной медицинской помощи в объемах, предусмотренных Территориальной программой государственных гарантий оказаниям гражданам РФ , проживающим в Свердловской области, бесплатной медицинской помощи.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Лечащий врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО) (подпись)

 Зав.отделением \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО) (подпись)