

## Санкт-Петербургский центр спортивной медицины

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я, \_\_\_\_\_,  
(Фамилия, имя, отчество гражданина)  
дата рождения: \_\_\_\_\_, зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

Этот раздел бланка заполняется в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, недееспособных граждан либо в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации:

Я, \_\_\_\_\_,  
(Фамилия, имя, отчество законного представителя)  
паспорт: \_\_\_\_\_ выдан: \_\_\_\_\_,  
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица,  
признанного недееспособным:  
\_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина (полностью), дата рождения)

обратившись в СПб ГБУЗ «Межрайонный врачебно-физкультурный диспансер №1» (Санкт-Петербургский центр спортивной медицины) (адрес: 197082, г. Санкт-Петербург, Каменноостровский, 48) за медицинской помощью на платной основе, получил(а) от работника

\_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. работника)

все необходимые разъяснения о порядках оказания платных медицинских услуг.

Я проинформирован(а) о возможности получения аналогичной медицинской помощи (соответствующих видов и объемов медицинской помощи) в других лечебных учреждениях бесплатно в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками и условиями предоставления платных медицинских услуг, а также с порядком оплаты медицинских услуг в соответствии с договором.

Я не имею и не буду иметь претензий по компенсации затраченных мною финансовых средств на оплату медицинских услуг в СПб ГБУЗ «Межрайонный врачебно-физкультурный диспансер №1».

Я проинформирован(а) о том, что несоблюдение назначений или рекомендаций исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платные медицинские услуги), в том числе несоблюдение назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемых медицинских услуг, повлечь за собой невозможность их завершения в срок, привести к увеличению продолжительности лечения и невозможности достижения желаемого результата, а также может привести к негативным последствиям и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (на состоянии здоровья лица, интересы которого я представляю).

Я согласен(на) со всеми условиями и порядками предоставления платных медицинских услуг.

Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами данного информированного добровольного согласия, положения которого мне разъяснены, мною прочитаны и мне абсолютно понятны.

Я изъявляю желание заключить с СПб ГБУЗ «Межрайонный врачебно-физкультурный диспансер №1» договор на оказание платных медицинских услуг и прошу оказывать мне (лицу, интересы которого я представляю) медицинскую помощь (медицинские услуги) на платной основе.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина или его законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы гражданина)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. работника)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

(дата оформления)

Серебряков Андрей  
19.12.2017 г.  
Верно  
Подпись

