

### Информированное согласие на оказание платной медицинской услуги

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество полностью)

проинформирован (а) о возможности получения медицинской услуги бесплатно в рамках Программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, финансируемых за счет средств государственного бюджета и средств обязательного медицинского страхования;  
проинформирован (а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента.  
Прошу оказать мне медицинскую услугу:

Код	Код услуги	Наименование услуги	Кол-во	Цена	Стоимость
-----	------------	---------------------	--------	------	-----------

за счет моих собственных средств.

Пациент \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О., дата,)

Медицинский регистратор \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О., дата, подпись)