

**Информированное согласие Пациента об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг**

Я, Иванов В.Л. в рамках договора об оказании платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2013 г., желаю получить платные медицинские услуги в ООО «МедиаЛаб» (Если это юрид лицо например ООО «МедиаЛаб » и т.д.) при этом мне разъяснено и мной осознано следующее:

Я, получив от сотрудников ООО «МедиаЛаб» (Если это юрид лицо например ООО «МедиаЛаб » и т.д.) полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в государственных медицинских организациях, в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов(а) их оплатить.

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

Я согласен(а) с тем, что используемая технология лабораторного исследования не может полностью исключить вероятность возникновения ложноположительных и ложноотрицательных результатов, обусловленных биологическими особенностями организма и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех требований, предъявляемых к методам лабораторной диагностики, разрешенных на территории РФ не несет ответственности за их возникновение.

Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лабораторного исследования я должен исполнять все рекомендации медицинского персонала ООО «МедиаЛаб» (Если это юрид лицо например ООО «МедиаЛаб » и т.д.).

Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие виды медицинских услуг, которые я хочу получить в ООО «МедиаЛаб» (Если это юрид лицо например ООО «МедиаЛаб » и т.д.):

**Перечень услуг, выполняемых по данному договору (Приложение №1)**

Наименование услуг	Количество	Сроки исполнения рабочие дни*	Цена по прейскуранту	Итого к оплате
1	2	3	4	5
<b>ОБЩЕКЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ</b>				
Общеклиническое исследование отделяемого мочеполовых органов (клеточный состав, микрофлора)	1	с дд.мм.гг по дд.мм.гг	120,00	120,00

(\* - с пн-чт, если **Итого** биоматериал

сдается в пт-сб, тогда срок исполнения увеличивается на 1-2 раб.дня)

**120,00**

Я ознакомлен(а) с действующим Прейскурантом и согласен(а) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.

Виды выбранных мной платных медицинских услуг согласованы с врачом и я даю свое согласие на их оплату в кассу.

Я осознаю необходимость инвазивной манипуляции по забору крови с целью получения биологического материала для лабораторных исследований.

Я согласен(а) на проведение манипуляции по забору крови понимая, что любая инвазивная манипуляция может иметь различные осложнения и последствия для здоровья. В случае возможных осложнений вследствие данной манипуляции принимаю риск их возникновения на себя. Обязуюсь не предъявлять претензий по осложнениям и последствиям для здоровья, возникшим в результате манипуляции по забору крови. Так же осознаю, что в силу особенностей организма конкретного человека выполнение любой медицинской манипуляции, в том числе и забора крови, может оказаться невозможным изначально или после нескольких неудачных попыток и обязуюсь не предъявлять претензии в случае невозможности забора крови. В этой ситуации Исполнитель возвращает Заказчику деньги, уплаченные за взятие крови и исследования, без штрафных санкций. Я осведомлен(а) о том, что в ряде случаев для выполнения всех или части заказанных исследований может возникнуть необходимость повторного (иногда неоднократного) забора крови. Решение о необходимости повторного забора крови принимается Исполнителем. Повторный забор крови производится бесплатно. Заказчик может отказаться от повторного забора крови, в этом случае Исполнитель возвращает Заказчику деньги, уплаченные за исследования, проведение которых оказалось невозможным, без штрафных санкций.

Дата: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2013г.  
Л.В. \_\_\_\_\_ (подпись)

Потребитель (Заказчик) Иванов

