

Краевое государственное бюджетное учреждение
«Красноярский краевой кожно-венерологический диспансер №1»
адрес: г. Красноярск, ул. Брянская, д. 79

от _____
(Ф.И.О. пациента)

паспорт: серия _____ N _____,
выдан _____

_____ " _____ " _____ г.,

адрес: _____,

телефон: _____

**Заявление
о согласии на получение дополнительных
платных медицинских услуг**

Я, _____
(указать Ф.И.О., дату рождения),

пациент КГБУЗ КККВД №1, карта пациента N _____, в рамках Договора об оказании платных медицинских услуг от "____" _____ г. N _____, заявляю о согласии на получение и оплату дополнительных платных медицинских услуг в КГБУЗ КККВД №1, а именно: _____

_____, при этом:

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

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

3. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие виды дополнительных платных медицинских услуг, которые я хочу получить в КГБУЗ КККВД №1, и согласен(на) оплатить лечение: _____

4. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(на) оплатить стоимость указанной(ых) медицинской(их) услуги в соответствии с ним.

5. Виды выбранных мною дополнительных платных медицинских услуг согласованы с врачом, и я даю свое согласие на их оплату в сумме _____ (_____) рублей.

6. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания я могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в КГБУЗ КККВД №1.

7. Я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов дополнительных медицинских услуг и даю согласие на их применение.

"____" _____ г.

_____/_____ (подпись/Ф.И.О.)