

**Информированное добровольное согласие на использование пациентом
лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения,
расходных материалов, приобретенных за счет собственных средств**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет или недееспособных граждан:

Я _____ (_____ ФИО _____)

паспорт _____ Выдан _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) в отношении

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

" ____ " _____ г. рождения, проживающего по адресу:

_____ (дата рождения пациента при подписании согласием законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

находясь на лечении в БУ ХМАО-Югры «Лангепасская городская больница»

_____ (наименование отделения)

информирован о возможности/ невозможности (нужное подчеркнуть) получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Добровольно даю свое согласие на приобретение за счет собственных средств и использование расходных материалов, лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения для моего лечения/ выполнение лечебных манипуляций за счет собственных средств:

_____ (указать наименование расходных материалов/ лекарственных препаратов/ изделий медицинского назначения/ лечебных манипуляций)

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

" ____ " _____ г.

_____ (дата оформления)

Материальных претензий к структурному подразделению:
БУ ХМАО-Югры «Лангепасская городская больница» не имею

(наименование отделения)

«__» _____ 20__ г.

(подпись пациента)

Расписался в моем присутствии:
Врач

(расшифровка подписи)

(подпись)