Уведомление пациента о несоблюдении назначений (рекомендаций) врача при оказании платных медицинских услуг

"___"_____ 201__ г.

Я, заказчик, потребитель, пациент _____, _____карта пациента N _____, в рамках договора на оказание платных медицинских услуг изъявил желание получить платные медицинские услуги в ООО «ГАЛА» (далее - Учреждение), при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат и что при медицинском вмешательстве и после него, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения.
2. Мне разъяснено, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой мне платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.
3. Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, не несет ответственности за их возникновение.
4. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.
5. Настоящее уведомление мною прочитано, я в полном объеме проинформирован и осознаю последствия несоблюдения мною назначений (рекомендаций) врача.

Пациент (Заказчик):

_____,

паспорт: серия _____, N _____,
выдан_____
_____"___"_____ ___ г.