

Информированное добровольное согласие на возмездную услугу

К договору № _____ от « ____ » _____ 202_ г.

1. Я _____ доверяю выполнить следующее

медицинские вмешательства ,операции, лечебно-диагностические манипуляции (нужное подчеркнуть)

1. Осмотр врача-специалиста

2. Акушерско-гинекологическая помощь

3. Диагностические исследования:

-ЭКГ

-УЗИ

-ЭЭГ

-РЭГ

4.Клинико-диагностические исследования:

- Анализ крови

-анализ мочи

-анализ кала

-анализ мокроты

5.Лучевая диагностика:

-ФЛГ

-Рентген

6. Проведение профосмотра

7. (прочее)

2. Я информирован о (не) возможности получения этой (этих) услуг (и) на бесплатной основе в СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 34» по месту прикрепления страхового медицинского полиса (ненужное вычеркнуть) в течении _____ и я отказываюсь от получения этой ,в плановом порядке в указанные сроки, бесплатной (ых) услуг (и) ,что и удостоверяю своей подписью.

Подпись пациента _____ (_____)

« ____ » _____ 202_ г.

