|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |
| **Уведомление** | | | | |
| Несоблюдение указаний (рекомендаций врача), в том числе назначенного режима и лечения, могут снизить качество медицинской услуги и повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательного сказаться на состоянии здоровья пациента. | | | | |
| **Подпись законного представителя пациента (родственника)** | | √\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ФИО | | |
|  | | | | |
| **Перечень платных услуг №** | | | | |
| **обследования и лечения пациента в амбулаторном отделении**  **СПб ГБУЗ Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий** | | | | |
| г. Санкт-Петербург | | | | \_,\_,.2023 |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| (фамилия, имя, отчество) | (текущее пребывание) |  | (№ истории болезни) |  |

| №  п/п | Предоставляемые услуги | Цена  1 усл. | Кол-во | Сумма, руб | Отделение | Исполнитель |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | |
| Итого обследование и лечение на сумму 0.00 руб. | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ законный представитель пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт:  \_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, прошу оказать медицинскую помощь в условиях СПБ ГБУЗ «Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий» за наличный расчет по моему личному желанию. Объем медицинских действий, необходимый моему ребенку мне известен. Я хорошо понял(а) все разъяснения врача. Я понимаю, что в ходе обследования или лечения может возникнуть необходимость выполнения других диагностических или лечебных манипуляций, которые потребуют дополнительной оплаты, которую я гарантирую. | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Подпись законного представителя пациента (родственника)** | | | | √\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ ФИО. | | |
|  | | | | | | |