|  |
| --- |
|    |
| **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  | Цена1 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. |
|     |