

ГБУЗ СК «Краевой клинический наркологический диспансер»  
адрес: г. Ставрополь, ул. Доваторцев, д. 54

от \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента)  
паспорт: серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_,  
выдан \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ Г.,  
адрес: \_\_\_\_\_,  
телефон: \_\_\_\_\_

**Согласие  
на получение дополнительных  
платных медицинских услуг**

Я, \_\_\_\_\_  
(указать Ф.И.О., дату рождения),

в рамках Договора об оказании платных медицинских услуг от " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_, заявляю о согласии на получение и оплату дополнительных платных медицинских услуг в ГБУЗ СК «Краевой клинический наркологический диспансер, а именно: проведение подтверждающих химико-токсикологических исследований методом газовой хроматографии с масс-спектрометрией в случае получения положительного результата предварительных химико-токсикологических исследований иммунохимическими методами, при этом:

1. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

2. Я осознаю и понимаю, что для получения заключения о наличии (или отсутствии) в моем организме наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов мне должны быть проведены подтверждающие химико-токсикологические исследования с использованием методов газовой хроматографии с масс-спектрометрией (при положительных результатах предварительных химико-токсикологических исследований иммунохимическими методами).

3. Я добровольно, без какого-либо принуждения даю свое согласие на проведение подтверждающих химико-токсикологических исследований на тот вид наркотических средств и психотропных веществ, который дал положительный результат при проведении предварительных исследований, и по согласованию с врачом мною выбраны вид(ы) дополнительных платных медицинских услуг.

4. Мною добровольно, без какого либо принуждения принято решение о получении дополнительных платных услуг в ГБУЗ СК «Краевой клинический наркологический диспансер».

5. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(на) оплатить стоимость указанной(ых) медицинской(их) услуги в соответствии с ним в сумме \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) рублей.

6. Я проинформирован(а), что я могу получить данные медицинские услуги в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в ГБУЗ СК «Краевой клинический наркологический диспансер».

7. Я полностью понимаю преимущества и необходимость предложенных мне видов дополнительных медицинских услуг и даю согласие на их применение.

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ Г.

\_\_\_\_\_  
(подпись /Ф.И.О.)