

**Акт приймання – передачі  
наданих платних медичних послуг**

Виконавець **Комунальне некомерційне підприємство «Вовчанська центральна районна лікарня» Вовчанської міської ради** ( скорочена назва - КНП «Вовчанська ЦРЛ»), в особі директора **ТИЩЕНКО КОСТЯНТИНА ВІКТОРОВИЧА**, що діє на підставі Статуту (далі - Виконавець), та фізична (юридична) особа \_\_\_\_\_

(далі - Замовник) склали цей Акт приймання – передачі наданих платних медичних послуг, який підтверджує належне надання «Виконавцем» відповідно до Публічного договору про надання платних медичних послуг нижче наведених медичних послуг:

№	Найменування послуги	Ціна послуга грн.	Дата надання послуги	Кількість послуг	Сума, грн.
	Загальна вартість послуг				

Замовник підтверджує, що не має претензій та зауважень стосовно кількості, обсягу та якості в наданих медичних послуг, що зазначені у цьому Акті приймання-передачі, та приймає вищенаведені послуги. Замовник підтверджує, що Виконавцем дотримано всі умови Публічного договору про надання платних медичних послуг.

<b>ЗАМОВНИК :</b>	<b>ВИКОНАВЕЦЬ:</b>
	КНП «Вовчанська ЦРЛ»
	Юридична адреса: Харківська область, Чугуївський район, м. Вовчанськ, вул.Писаревського Степана, 1-А
	Фактична адреса: Харківська область, м. Чугуїв, вул..Олександра Зачепила, 12
	Код ЄДРПОУ -02002990
	UA743515330000026004052103657
	В АТ КБ Приватбанк
	ПІН 020029920087, № св.20008348
	Неприбуткова організація - 0048
	ДИРЕКТОР <span style="float: right;">К.ТИЩЕНКО</span> М.П.

**ДОГОВІР**  
**про надання послуг з медичного обслуговування населення за плату від юридичних і фізичних осіб**

м. Чугуїв

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 року

**Комунальне некомерційне підприємство «Вовчанська центральна районна лікарня» Вовчанської міської ради** ( скорочена назва - КНП «Вовчанська ЦРЛ»), далі за текстом Виконавець в особі директора **ТИЩЕНКО КОСТЯНТИНА ВІКТОРОВИЧА**, яка діє на підставі Статуту, та \_\_\_\_\_ далі за текстом **Замовник**, замовити та отримати у відповідності до Постанови КМУ № 781 від 05.07.2024р. «Деякі питання надання послуг з медичного обслуговування населення за плату від юридичних і фізичних осіб» якісні медичні послуги на умовах та в порядку, що передбачені цим Договором.

**1. Предмет Договору**

1.1. Відповідно до умов цього Договору Виконавець зобов'язується надати якісні медичні послуги Замовнику на умовах та в порядку, що передбачені цим Договором згідно з підписаною останнім Заявою про приєднання. А Замовник зобов'язується прийняти та оплатити медичні послуги в порядку та на умовах, що передбачені цим Договором, згідно ДК 021-2015 код 85110000-3 «Послуги лікувальних закладів та супутні послуги».

1.2. Перелік медичних послуг та умови їх надання визначаються Переліком випадків, за яких заклади охорони здоров'я державної та комунальної форми власності можуть надавати послуги з медичного обслуговування населення за плату від юридичних і фізичних осіб, Положенням про платні медичні послуги, вартість визначається згідно тарифів на платні послуги, затвердженими Вовчанською міською військовою адміністрацією.

1.1. Медичні послуги надаються відповідно до порядків надання медичної допомоги, затверджених Міністерством охорони здоров'я України, з обов'язковим дотриманням галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

1.2. Місце надання послуг: Комунальне некомерційне підприємство «Вовчанська центральна районна лікарня» Вовчанської міської ради, м. Чугуїв, вул. Олександра Зачешила, 12, приміщення поліклініки, 5 поверх.

1.3. Медичні послуги надаються медичними працівниками Виконавця, які мають відповідну спеціальну освіту і відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам згідно законодавства України.

**2. Права та обов'язки Виконавця**

2.1. Виконавець має право:

Обробляти персональні дані Замовника під час укладання і виконання Договору відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» від 01.06.2010 № 2297-VI на підставі згоди останнього.

2.2. В односторонньому порядку змінювати умови Договору та/або Тарифи на медичні послуги, вносити зміни в сам перелік платних медичних послуг.

2.3. Відмовити Замовнику в наданні медичної послуги у випадках:

- а) виявлення у пацієнта під час обстеження патології, лікування якої не входить до зазначеного в ліцензії Медзакладу переліку дозволених видів лікування;
- б) недотримання пацієнтом встановлених медичних приписів або графіку лікування;
- в) виявлення у пацієнта за результатами обстеження медичних проти-показань до надання послуги;
- г) неприбуття пацієнта, без поважних причин, в установлені дату та час для отримання відповідної медичної послуги.

2.1.4. Достроково припинити надання послуг Пацієнту у випадку систематичного порушення останнім медичних приписів (за винятком випадків, коли така відмова загрожуватиме здоров'ю або життю пацієнта) або Правил перебування пацієнтів у Виконавця.

## 2.2. Виконавець зобов'язаний:

2.2.1. Надавати медичні послуги Замовнику в порядку, у строки та на умовах, передбачених цим Договором, відповідною Заявою про приєднання та згідно з встановленими Тарифами Виконавця.

2.2.2. Для надання медичних послуг використовувати лікарські засоби та медичні вироби, що дозволені до застосування в Україні.

2.2.3. Дотримувати вимог законодавства щодо порядку надання медичних послуг, табелів матеріально-технічного оснащення (у тому числі й примірних), галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я та санітарних норм.

2.2.4. Не розголошувати медичну інформацію про пацієнта (крім випадків, передбачених законодавством).

2.2.5. Після проведення Замовником розрахунку згідно з умовами цього Договору — видати останньому розрахунковий документ, що підтверджує отримання Виконавцем грошових коштів.

2.2.6. Дотримувати норм Етичного кодексу лікаря України.

## 3. Права та обов'язки Замовника

### 3.1. Замовник має право:

3.1.1. Отримати повну та достовірну інформацію щодо пропонування Виконавцем медичних послуг, порядку їх надання та можливих побічних реакцій.

3.1.2. Отримати від Виконавця послуги в порядку, строки та на умовах, що передбачені цим Договором.

3.1.3. Відмовитися від укладеного Договору до початку фактичного його виконання підприємством за письмовою заявою.

3.1.4. Відмовитися від укладеного Договору під час фактичного його виконання, якщо така відмова не матиме наслідком погіршення стану здоров'я або загрози для життя

пацієнта.

3.1.5. На лікарську таємницю за винятком випадків, передбачених законодавством.

3.2.Замовникзобов'язаний:

3.2.1.Повідомити Виконавцю достовірні дані про себе.

3.2.2.Дотримувати Правил перебування пацієнтів у КНП «Вовчанська ЦРЛ».

3.2.3. Надати достовірну інформацію про стан свого здоров'я, перенесені та успадковані хвороби, шкідливі звички, наявність алергічних реакцій, протипоказань щодо тих або інших методів лікування та лікарських засобів, непереносимості окремих медичних препаратів, які він має і які можуть вплинути на якість наданих медичних послуг.

3.2.4. Неухильно дотримувати та належно виконувати медичні приписи, не порушувати Правил перебування пацієнтів у КНП «Вовчанська ЦРЛ».

3.2.5. З'являтися в КНП «Вовчанська ЦРЛ», за узгодженими з лікарем датою та часом, щоб здати аналізи, провести медичні процедури, огляд тощо.

3.2.6. Після отримання медичних послуг підписати акт прийому-передачі наданих послуг.

3.2.7. Сплатити Виконавцю кошти за надані медичні послуги в порядку, у строки та в розмірі, що визначені цим Договором.

#### **4. Строк надання послуг і порядок розрахунків**

4.1. Виконавець надає медичні послуги Замовнику за тарифами, що встановлені в Виконавця, після повної попередньої передплати згідно з виставленим рахунком.

4.2. Усі розрахунки за цим Договором здійснюються виключно в національній грошовій одиниці України (гривні), безготівковою формі протягом 5 (п'яти) банківських днів з моменту приєднання до Договору.

4.3. Вартість медичної послуги, встановлена на момент підписання Замовником заяви про приєднання є остаточною та не підлягає корегуванню у випадках, якщо в період до фактичного отримання послуги пацієнтом ціна змінилася.

4.4. Строк надання конкретних медичних послуг визначається в Заяві про приєднання і починає спливати з дня, коли Замовник сплатив вартість послуги згідно з виставленим рахунком.

#### **5. Гарантії та відповідальність сторін**

5.1. Виконавець гарантує якісне медичне обслуговування пацієнта та збереження медичної інформації про пацієнта, що стала відомою Виконавцю (працівнику Виконавця) у зв'язку з виконанням цього Договору.

5.2. Замовник гарантує достовірність інформації про себе (як персональних даних, так і медичної інформації), дотримання медичних приписів, рекомендацій та режиму лікування.

5.3. Сторони несуть відповідальність за цим Договором згідно з чинним законодавством України.

5.4. Виконавець не несе відповідальності за здоров'я пацієнта у разі відмови останнього від виконання медичних приписів або порушення Пацієнтом встановленого для нього режиму лікування.

5.5. У разі відмови Замовника від отримання медичних послуг до фактичного надання таких послуг — Виконавець повертає сплачену ним суму за вирахуванням 10 (десяти) відсотків від вартості медичної послуги. Ці гроші не повертають Пацієнту, а зараховують на користь Виконавця.

5.6. У разі відмови Замовника від отримання медичних послуг під час фактичного надання таких послуг — Замовник компенсує Виконавцю фактичні витрати, які той поніс під час надання послуги.

5.7. У разі неприбуття пацієнта до медичного закладу в час, узгоджений з лікуючим лікарем та (або) графіком відвідувань, без поважних причин та попереднього повідомлення, цей Договір вважається розірваним, а кошти, сплачені Замовником, не підлягають поверненню та зараховуються на користь Виконавця. Цей пункт не стосується пацієнтів, обслуговування яких не передбачає оперативного втручання, виконання процедур із використанням медичної техніки.

5.8. Невиконання або неналежне виконання умов цього Договору виключає юридичну відповідальність, якщо воно є наслідком обставин, що знаходяться поза сферою контролю сторін Договору: війна, пожежа, повень, землетрус, страйк тощо (форс-мажорні обставини). Наявність форс-мажорних обставин підтверджують компетентні державні органи України.

## **6. Строк дії Договору, внесення змін до нього та розірвання**

6.1. Договір набирає чинності для конкретного Замовника з моменту підписання Заяви на приєднання та діє до повного виконання сторонами своїх зобов'язань з урахуванням положень цього Договору.

6.2. Цей Договір публічно доводиться до відома усіх Замовників, шляхом його розміщення (оприлюднення) на Сайті Виконавця.

6.3. Виконавець самостійно та на виконання вимог чинного законодавства України визначає умови Договору. Виконавець самостійно має право змінити умови Договору з обов'язковим повідомленням про це Замовників на Сайті. У разі незгоди Замовника зі змінами, внесеними до Договору, такий Замовник має право розірвати Договір, протягом 7(семи) календарних днів з дня, коли він дізнався чи міг дізнатися про внесені зміни до Договору, шляхом направлення чи особистого подання відповідної письмової заяви Виконавцю. Не розірвання Замовником Договору у вказаний строк та продовження отримання послуг свідчить про згоду Замовника зі змінами, внесеними до Договору.

6.4. Всі зміни до цього Договору викладаються шляхом складання додаткової угоди..

6.5. Виконавець має право припинити дію цього Договору в односторонньому порядку,

попередивши шляхом розміщення оголошення про це на своєму Сайті не пізніше ніж за 15 (п'ятнадцять) календарних днів до такого припинення.

6.6. У випадку припинення дії цього Договору у порядку, передбаченому п. 7.5 Договору, Виконавець не звільняється від обов'язку надати послуги всім Замовникам, які внесли оплату за Пакет, до відповідного направлення повідомлення про припинення дії цього Договору.

6.7. Медичні послуги за кожним персональним замовленням надаються на умовах Договору про надання послуг, редакція якого була чинною на момент вчинення підтверджуючих дій.

6.8. Сторони можуть припинити договірні відносини достроково на умовах, передбачених чинним законодавством України та цим Договором.

6.9. Дія цього Договору може бути достроково припинена в наступних випадках:

- за ініціативою Замовника, шляхом письмового інформування Виконавця;
- за ініціативою Виконавця, у випадках передбачених цим Договором;
- за взаємною згодою сторін.

У вказаних в цьому пункті Договору випадках, кошти сплачені Замовником за послуги та не повертаються, а зобов'язання Виконавця вважаються повністю виконаними.

## **7. Конфіденційність**

7.1. Сторони домовились про повну конфіденційність окремих положень цього Договору, яка передбачає збереження Виконавцем у таємниці інформації про персональні дані та стан здоров'я Пацієнта, забезпечення збереження лікарської таємниці, а також обставин надання медичних послуг.

7.2. Сторони домовились про безстроковий характер договірних умов відносно розкриття медичної таємниці та несанкціонованого доступу до конфіденційної інформації.

7.3. Кожна із сторін зобов'язана забезпечити сувору конфіденційність отриманої при виконанні договору інформації (технологічної, фінансової, комерційної та іншої) та вжити всі належні заходи по її нерозголошенню. Передача вказаної інформації будь-яким третім особам, її опублікування або розголошення іншими шляхами і засобами, може мати місце тільки за письмовою згодою Сторін, крім випадків передбачених законодавством України.

7.4. Замовник несе персональну відповідальність за розголошення конфіденційної інформації при наданні доступу третім особам до телефону або електронної пошти, які надані при первинній реєстрації та/або до особистого електронного кабінету.

7.5. Виконавець вживає всі можливі заходи щодо збереження конфіденційної інформації, але не несе відповідальності за її розголошення в результаті хакерських атак на програмне забезпечення Виконавця або фізичне викрадення носіїв інформації.

## **8. Заключні положення, інші умови**

8.1. Замовник зобов'язується на вимогу Виконавця надати для ознайомлення та

зняття копій наступні документи: паспорт або інший документ, що посвідчує особу Замовника; ідентифікаційний код Замовника.

8.2. З метою недопущення розкриття медичної таємниці, комерційної таємниці та (або) конфіденційної інформації, у приміщенні Виконавця відвідувачам забороняється аудіовізуальна фіксація за допомогою технічних засобів (аудіозапис, відео, фото зйомка, тощо) без дозволу Виконавця.

8.3. Отримання, обробка, зберігання та використання інформації про Замовника та Пацієнта, здійснюється Виконавцем відповідно до вимог Закону України «Про захист персональних даних».

8.4. Приєднавшись до цього Договору Замовник надає свою згоду Виконавцю на зберігання, обробку та використання його персональних даних, наданих при укладенні цього Договору, з метою створення бази клієнтів Виконавця, створення медичної документації, статистичних звітів та інших заходів, необхідних для виконання умов цього Договору, а також для контактування з Замовником.

8.5. Замовник розуміє і погоджується з тим, що вся інформація, яка розміщується на Сайті Виконавця носить лише інформаційно-рекомендаційний характер та не може використовуватися як медична документація, та як вказівка до лікування Пацієнта.

8.6. Діючий Прейскурант цін на медичні послуги розміщується на Сайті Виконавця, а також на вимогу Замовника надається для ознайомлення працівниками Виконавця, при оформленні Заяви на приєднання або вчиненні інших підтверджуючих дій.

8.7. Листування, пов'язане з виконанням, зміною або розірванням даного Договору, здійснюється рекомендованими листами, телеграмами або за допомогою кур'єрського зв'язку із підписом Сторін.

8.8. Сторони несуть повну відповідальність за правильність вказаних ними реквізитів та зобов'язуються своєчасно в письмовій формі повідомляти іншу Сторону про їх зміну, а уразі неповідомлення несуть ризик настання пов'язаних з цим несприятливих наслідків.

8.9. Усі зміни до цього Договору вносяться шляхом затвердження Виконавцем нової редакції Договору.

8.10. Всі Додатки до цього договору є його невід'ємною частиною.

<b>ЗАМОВНИК :</b>	<b>ВИКОНАВЕЦЬ:</b>
	КНП «Вовчанська ЦРЛ»
	Юридична адреса: Харківська область, Чугуївський район, м. Вовчанськ, вул. Писаревського Степана, 1-А
	Фактична адреса: Харківська область, м. Чугуїв, вул. Олександра Зачепила, 12
	Код ЄДРПОУ -02002990
	UA243052990000026008015905269
	В АТ КБ Приватбанк
	ПІН 020029920087, № св.20008348
	Неприбуткова організація - 0048
	ДИРЕКТОР М.П. К.ТИЩЕНКО

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Наказ Міністерства охорони  
здоров'я України  
22 травня 2013 року № 410

**Інформована добровільна згода пацієнта  
на обробку персональних даних**

Я, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(прізвище, ім'я, по батькові)

даю згоду \_\_\_\_\_ на обробку моїх  
(найменування закладу охорони здоров'я)

персональних даних, зазначених у первинній обліковій документації з питань реєстрації випадків контакту осіб з кров'ю чи біологічними матеріалами людини, забрудненими ними інструментарієм, обладнанням чи предметами і звітності про проведення пост контактної профілактики ВІЛ-інфекції, відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 22 травня 2013 року № 410 «Про затвердження форм облікової документації та звітності стосовно реєстрації випадків контакту осіб з кров'ю чи біологічними матеріалами людини, забрудненими ними інструментарієм, обладнанням чи предметами, проведення постконтактної профілактики ВІЛ-інфекції та інструкцій щодо їх заповнення» та з метою виконання Законів України «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки» та «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ».

Відповідно до статті 8 Закону України «Про захист персональних даних» мені роз'яснено мої права.

\_\_\_\_\_

(дата)

(підпис)

**ЗАТВЕРДЖЕНО**  
Наказ Міністерства охорони здоров'я  
України  
14 лютого 2012 року № 110  
(у редакції наказу  
Міністерства охорони здоров'я України  
від 09 грудня 2020 року № 2837)

**ФОРМА**  
первинної облікової документації № 003-6/о  
«Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики,  
лікування та на проведення операції та знеболення  
на присутність або участь учасників освітнього процесу»

<p>Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить заклад охорони здоров'я</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма</p> <p>_____</p> <p>Код за ЄДРПОУ      <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p>													<p><b>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</b></p> <p>Форма первинної облікової документації</p> <p><b>№ 003-6/о</b></p> <p><b>ЗАТВЕРДЖЕНО</b></p> <p>Наказ МОЗ України</p> <p>_____ 20__ року № _____</p> <p>за погодженням з Держстатом</p>
<p><b>1. ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА НА ПРОВЕДЕННЯ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА НА ПРОВЕДЕННЯ ОПЕРАЦІЇ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ</b></p> <p>Я, _____, одержав(ла) У _____ (найменування закладу охорони здоров'я)</p> <p>інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування.</p> <p>Я ознайомлений(а) з планом обстеження і лікування. Отримав(ла) в повному обсязі роз'яснення про характер, мету, орієнтовну тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки під час його проведення, про необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язуюсь негайно повідомляти лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття (стану здоров'я дитини). Я поінформований(а), що недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.</p> <p>Мені надали в доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування.</p> <p>Я мав(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно стану здоров'я, перебігу захворювання і лікування та одержав(ла) на них відповіді.</p> <p>Інформацію надав лікар _____ «__» _____ 20__ року _____ (П. І. Б. (за наявності) (дата) (підпис)</p> <p>Я, _____, згодний(а) із запропонованим планом лікування _____ «__» _____ 20__ року _____ (підпис пацієнта (законного представника)) (дата)</p>													

### 1.1. ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА НА ОПЕРАЦІЮ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ

Я підтверджую, що отримав(ла) зрозумілу для мене інформацію про характер виявленого у мене (у моєї дитини) захворювання, яке потребує лікування шляхом здійснення оперативного втручання.

Я отримав(ла) інформацію про \_\_\_\_\_ у мене (у моєї дитини)  
(наявність/відсутність)

супутніх захворювань \_\_\_\_\_,  
які можуть впливати на перебіг операції та післяопераційного періоду. Я отримав(ла) пояснення про можливі варіанти хірургічного лікування та про те, що операція буде виконуватись за \_\_\_\_\_ показаннями.

(відносними/абсолютними)

У процесі обговорення з лікуючим лікарем ми дійшли висновку, що найбільш оптимальним методом хірургічного втручання може бути операція в обсязі: \_\_\_\_\_

виконання якої планується під знеболенням (необхідне позначити знаком «√» або «+»):

- інфільтраційною регіонарною анестезією
- внутрішньовенною анестезією
- загальною анестезією з міорелаксацією т- штучною вентиляцією легень
- регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією
- комбінованою анестезією (загальною + регіональною).

Я усвідомлюю, що операція та знеболення - це складні медичні втручання, під час виконання яких можуть виникнути непередбачувані обставини, внаслідок яких може бути змінено хід операції та знеболення, на що я надаю згоду. У виняткових випадках кінцевий клінічний діагноз та обсяг необхідних медичних послуг можуть бути визначені під час операції. Крім того, я розумію, що під час операції може виникнути потреба в переливанні крові, на що я \_\_\_\_\_ згоду.

(даю / не даю)

Інформацію надав лікар, який лікує або буде оперувати мене (мою дитину)

\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ року \_\_\_\_\_  
(П. І. Б. лікаря (за наявності)) (підпис лікаря)

Інформацію довів лікар-анестезіолог

\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ року \_\_\_\_\_  
(П. І. Б. лікаря (за наявності)) (підпис лікаря)

Підтверджую, що я мав(ла) можливість поставити всі питання стосовно операції і знеболення, які мені (моїй дитині) запропоновано, та можливі їх наслідки. У мене немає недовіри щодо інформації, яку я отримав(ла), та мені були надані можливість і час на обміркування.

\_\_\_\_\_ згоду на операцію і доручаю виконати її  
\_\_\_\_\_ лікарю \_\_\_\_\_,  
(даю / не даю) (П. І. Б. лікаря (за наявності))

\_\_\_\_\_ а знеболення \_\_\_\_\_, що підтверджую  
(П. І. Б. лікаря (за наявності))

своїм підписом.

\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ року  
(підпис пацієнта (законного представника)) (дата)

Копію інформованої згоди отримав: пацієнт (законний представник) \_\_\_\_\_

