

Бланк-просьба о приеме



Я, нижеподписавшийся/ нижеподписавшаяся, прошу, чтобы меня приняли в medica для выполнения операции/ медицинского лечения или предпринятия других необходимых медицинских процессов.

Я прошу, чтобы врачи, персонал по уходу и весь персонал работников, задействованных им или приглашенных им, выполняли необходимые процессы и предоставили мне любое требуемое лечение, по их профессиональному усмотрению, в соответствии с обстоятельствами конкретного случая.

Я подтверждаю, что мне не было дано никакого обещания касательно результатов лечений, проверок и медицинских процессов, которые будут предоставлены мне/ пациенту "Медицинского центра medica" и я соглашаюсь и мне известно, что лечение/ операция в "Медицинском центре medica" будет выполнена профессором/ доктором _____, и любым, на кого это будет возложено в соответствии с правилами и положениями, существующими в данном медицинском центре.

а. Мне известно, что цена, установленная за стоимость действия, не окончательная, и возможны изменения/ различные добавки, если:

1. Продолжительность действия продлится сверх установленного времени.
2. Обязательство, полученное мною от страховой компании, не соответствует действию.
3. Была необходимость в изменении операции и добавлении дополнительного действия или/ и была необходимость в добавлении детали или имплантата, который не был запланирован и был введен ввиду медицинской необходимости по просьбе моего хирурга.
4. Добавление не запланированной предварительно лабораторной проверки/ патологии
5. По моему желанию, я попросил/ попросила или/ и будет медицинская необходимость в ночной госпитализации в "Медицинском центре medica".
6. С целью покрытия добавочной цены, если таковая будет, я предоставляю "Медицинскому центру medica" документ о платеже по кредитной карте/ чек без указания суммы, и я уполномочиваю "Медицинский центр medica" заполнить сумму добавки, как она будет установлена "Медицинским центром medica", в соответствии с прейскурантом "Медицинского центра medica".

В том случае, если не будет иметь место добавка к цене, "Медицинский центр medica" вернет мне документ о платеже по кредитной карте/ чек в момент моей выписки после завершения действия.



Мне известно и согласовано, что на "Медицинский центр medica не будет распространяться никакая ответственность за предметы, деньги, украшения или любые ценные вещи. Мне известно, что возможно, информация, передаваемая мною "Медицинскому центру medica и/ или полученная касательно меня из любого иного источника, включая информацию, созданную или произведенную "Медицинским центром medica касательно лечения и/ или услуги, предоставленной мне, будет зарегистрирована и сохранена "Медицинским центром medica в его базе данных, в соответствии с условиями Закона о защите частной жизни от 5741-1981 года. Информация как было сказано, необходима в целях соответствия положениям любого законодательного акта, включая положения Закона о правах больного от 5756-1996 года, а также с целью и в связи с предоставлением услуги, предоставленной мне "Медицинским центром medica, и будет передана "Медицинским центром medica третьим сторонам исключительно в данных целях, при условии положений любого законодательного акта.

Я согласен/ согласна, что номер палаты в отделении, в котором я госпитализирован/ а, будет передан посетителям, которые обратятся в регистратуру "Медицинского центра medica, или запросят информацию по телефону.

Дата: _____ Час: _____ Подпись пациента/ пациентки: _____

Подтверждение родителей несовершеннолетнего: _____

Подпись попечителя: _____