**Приложение 1 к приказу № 20 ООО «КСТ-ДВ» «об утверждении форм документов по оказанию платных медицинских услуг» от 01.01.2017г.**

**Утверждаю**

**Директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**В.А. Рыбкис 01.01.2017г.**

**УВЕДОМЛЕНИЕ О ВОЗМОЖНЫХ ПОСЛЕДСТВИЯХ НЕСОБЛЮДЕНИЯ НАЗНАЧЕНИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

**г. Хабаровск [дата оформления]**

Я, гражданин(ка) [фамилия, имя, отчество] уведомлена о том, что при оказании платной медицинской услуг(и) в рамках Договора на оказание платных медицинских услуг № [номер договора] от [дата заключения договора] между мной и обществом с ограниченной ответственностью "Клиника современных технологий-ДВ" несоблюдение назначений (рекомендаций) исполнителя, врача (медицинского работника), оказывающего платную медицинскую услугу в соответствии с Приложением №1 к Договору на оказание платных медицинских услуг № [номер договора] от [дата заключения договора], в том числе назначенного режима лечения, кратности, дозировок, сроков приема лекарственных препаратов, назначенных лабораторных и инструментальных исследованиях, консультациях специалистов могут снизить качество оказываемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента.

**Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**