Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг

Я, \_\_\_ Фамилия Имя Отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя \_\_\_ дата рождения гражданина или законного представителя \_\_\_ , зарегистрированный по адресу: \_\_\_ адрес регистрации гражданина либо законного представителя \_\_\_ , проживающий по адресу: \_\_\_ (указывается в случае проживания не по месту регистрации) \_\_\_ в отношении Я, \_\_\_ Фамилия Имя Отчество (при наличии) пациента (при подписании согласия законным представителем – Фамилия Имя Отчество (при наличии) законного представителя, действующий в интересах Фамилия Имя Отчество (при наличии) пациента) \_\_\_ дата рождения пациента, \_\_\_ , зарегистрированный по адресу: \_\_\_ адрес \_\_\_ даю согласие на получение платных медицинских услуг в \_\_\_ полное наименование медицинской организации \_\_\_ .

Я ознакомлен с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. №736 и действующим прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги в \_\_\_ полное наименование медицинской организации \_\_\_ .

Я уведомлен о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий оказания медицинской помощи.

Я проинформирован о:

* перечне платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, с указанием цен в рублях;
* сроках ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, в случае участия исполнителя в реализации территориальной программы;
* сроках ожидания предоставления платных медицинских услуг;
* стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги;
* уровне профессионального образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
* графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
* образцами договоров;
* перечне льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг;
* адресах и телефонах учредителя, исполнительного органа субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Я получил информацию об альтернативных методах лечения (указать), а также об их примерной стоимости.

Я понимаю, что обязан соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения в медицинских организациях.

Я согласен, что несоблюдение указаний (рекомендаций), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Настоящее соглашение мною прочитано и подписано после проведения разъяснительной беседы и ознакомления с информацией по порядку представления платных медицинских услуг и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

Фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон

Фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Пациент (его законный представитель) |  |  |  |
|  | Подпись |  | Фамилия Имя Отчество |
| Медицинский специалист |  |  |  |
|  | Подпись |  | Фамилия Имя Отчество |

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.

\* Информированное добровольное согласие является приложением (неотъемлемой частью) к договору на оказание платных медицинских услуг.