

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

На основании ст. 20 Федерального закона Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ и в соответствии с требованиями «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г. № 1006 Я, _____,

(Ф.И.О.)

дата рождения _____ в рамках Договора № _____ от _____ 20__ г., желаю получить платные медицинские услуги в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Республики Мордовия «Рузаевская центральная районная больница» (далее – ГБУЗ Республики Мордовия «Рузаевская ЦРБ»), при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я ознакомился(ась) с Программой государственных гарантий получения бесплатной медицинской помощи гражданам в Российской Федерации и Республиканской территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания населению Республики Мордовия медицинской помощи, об условиях и сроках получения бесплатной медицинской помощи проинформирован(а). Мне в доступной форме разъяснен порядок оказания бесплатной медицинской помощи, а также что я могу получить аналогичную медицинскую услугу бесплатно в порядке и на условиях определенных Программой государственных гарантий получения бесплатной медицинской помощи гражданам в Российской Федерации и Республиканской территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания населению Республики Мордовия медицинской помощи, и в других медицинских организациях на других условиях. Получив от сотрудников ГБУЗ Республики Мордовия «Рузаевская ЦРБ» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в данном учреждении, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов(а) их оплатить.

2. Мне в доступной форме разъяснены сотрудниками ГБУЗ Республики Мордовия «Рузаевская ЦРБ» мои права и обязанности в сфере охраны здоровья в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ.

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

4. Сотрудниками ГБУЗ Республики Мордовия «Рузаевская ЦРБ» доведено до моего сведения информация об альтернативных методах лечения, информация об оперативном лечении с использованием медицинского оборудования отечественного и импортного производства на современном уровне.

5. Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ГБУЗ РМ «Рузаевская ЦРБ» не несет ответственности за их возникновение.

6. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей ГБУЗ Республики Мордовия «Рузаевская ЦРБ». Несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

7. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с лечащим врачом, и я даю согласие на их оплату.

8. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом цен на платные медицинские услуги и согласен(на) оплатить стоимость медицинской(их) услуги(услуг) в соответствии с ним.

9. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных заведениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной(ых) медицинской(их) услуги (услуг) в ГБУЗ Республики Мордовия «Рузаевская ЦРБ».

10. Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Настоящее информированное соглашение подписано мною после проведения предварительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

Пациент _____ / _____ /
"__" _____ 20__
Подпись _____ расшифровка подписи _____