

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ
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 года № 323-ФЗ и в соответствии с требованиями «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных постановлением правительства РФ от 04.10.2012г. № 1006

Я _____ (Ф.И.О.),
дата рождения _____, желаю получить платные медицинские услуги в Негосударственном учреждении здравоохранения «Узловая больница на ст. Рузаевка ОАО «РЖД», поставлен(а) в известность, что согласно ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании представленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

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 учреждения 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 учреждения мои права и обязанности в сфере охраны здоровья в соответствии с Федеральным законом РФ «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 учреждения доведена 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(на) 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, учреждение 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 учреждения. 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 указанных медицинских услуг (услуги) в учреждение.

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 _____ /подпись/ _____ /расшифровка подписи/

Приложение 4

Положению о предоставлении платных медицинских услуг Негосударственным учреждением здравоохранения «Узловая больница на станции Рузаевка ОАО «РЖД»

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ
СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ 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 года № 323-ФЗ и в соответствии с требованиями «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных постановлением правительства РФ от 04.10.2012г. № 1006.

Я, _____ (Ф.И.О.законного представителя) являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) Пациента (Ф.И.О. ребенка) _____ года рождения, поставлен (а) в известность, что согласно ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании представленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательств и его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Добровольно даю свое согласие на проведение платных медицинских услуг в Негосударственном учреждении здравоохранения «Узловая больница на станции Рузаевка ОАО «РЖД» , 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 учреждения 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 учреждения мои права и обязанности в сфере охраны здоровья в соответствии с Федеральным законом РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011г. № 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 учреждения доведена 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(на) 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, учреждение 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 учреждения. 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 указанных медицинских услуг (услуги) в учреждение.

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.

Законный представитель: _____ /подпись/ _____ /расшифровка подписи/