

Информированное добровольное согласие пациента на получение платных медицинских услуг

Я, _____, _____, _____, _____, _____, _____,
(число, месяц, год рождения), зарегистрированный по адресу:
_____, в соответствии с положениями
статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" даю информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в АО «Санаторий «Доволенский».

Я ознакомлен с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 30 мая 2026 г. № 659, и действующим прейскурантом цен на медицинские услуги в АО «Санаторий «Доволенский».

Мне разъяснено и понятно мое право на получение соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Мне разъяснены в доступной для меня форме цели, медицинские мероприятия, проводимые в рамках предоставления платных медицинских услуг, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

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

Мне предоставлена информация о:

- перечне предоставляемых платных медицинских услуг с учетом номенклатуры медицинских услуг, с указанием цен в рублях;
- сроках ожидания медицинской помощи, оказываемой без взимания платы в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы;
- стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основе которых (соответственно) оказываются платные медицинские услуги;
- медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и о квалификации;
- графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- образце договора;
- перечне категорий потребителей, имеющих право на получение льгот, а также перечне льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг, в случае их установления исполнителем;
- адресе и номере телефона учредителя, исполнительного органа субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, 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.

Мне разъяснено, что перечень предоставляемых платных медицинских услуг, включаемый в договор на предоставление платных медицинских услуг, подразумевает оказание медицинских услуг в полном объеме стандарта медицинской помощи и по моей просьбе медицинские услуги могут быть оказаны в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

Я проинформирован и понимаю, что обязан соблюдать режим лечения и правила поведения пациента в медицинской организации.

Я уведомлен и понимаю, что несоблюдение назначений (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, 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.

Я изъявляю желание заключить договор на предоставление платных медицинских услуг с АО «Санаторий «Доволенский».

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья:

_____, контактный телефон _____;

ФИО

_____, контактный телефон _____;

ФИО

Информацию до пациента довел: _____

подпись, инициалы, фамилия врача; число, месяц, год

Пациент: _____

подпись, инициалы, фамилия; число, месяц, год