

**Информированное добровольное согласие пациента
на предоставление медицинских услуг на платной основе**

На основании ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», от 21.11.2011 № 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, _____, дата рождения _____, в рамках Договора № _____ от _____ 201_ г., желаю получить платные медицинские услуги в ГБУ «Республиканский центр фтизиопульмонологии» (далее — ГБУ «РЦФП»), по адресу: РИ, 386124, Назрановский муниципальный район, с.п. Плиево, ул. Больничная, 1, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Мне разъяснен порядок оказания бесплатной медицинской помощи. Я ознакомлен(а) с тем, что могу получить аналогичную медицинскую помощь также в других медицинских организациях на других условиях. Получив от сотрудников ГБУ «РЦФП» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в данной учреждении, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.
2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и одновременно несколько видов медицинских услуг.
4. Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ГБУ «РЦФП» не несет ответственности за их возникновение.
5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей ГБУ «РЦФП». 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.
6. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги именно в ГБУ «РЦФП».
7. Я проинформирован(а), что платные медицинские услуги не гарантируют внеочередного получения услуги.
8. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Пациент: _____, паспорт серия _____ № _____, выдан _____.

Дата: _____ 201_ г.

Подпись: _____ / _____ /

Настоящее соглашение подписано Пациентом после проведения разъяснительной беседы и является приложением к Договору об оказании платных медицинских услуг.

_____ / _____ /