

**Информированное добровольное согласие Пациента (Потребителя) на предоставление
медицинских и иных услуг на платной основе (далее – Согласие)**

На основании ст. 19, 84 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011г. №323-ФЗ, в соответствии с требованиями «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 г. № 736

Я, _____ (Ф.И.О. полностью)

согласен получить платные медицинские и иные услуги в медицинской организации Сургутская больница ФГБУЗ ЗСМЦ ФМБА России, по адресу: 628401, Ханты-Мансийский автономный округ-Югра, г. Сургут, ул. Озерная, д. 2, при этом мне разъяснена и мною осознана информация о порядках и условиях оказания соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы, о сроках получения бесплатной медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Мне в доступной форме разъяснен порядок получения бесплатной медицинской помощи, возможность и условия предоставления бесплатных медицинских услуг в ФГБУЗ ЗСМЦ ФМБА России, возможность получения аналогичных медицинских услуг в других медицинских организациях или на других условиях.

Получив в Сургутской больнице ФГБУЗ ЗСМЦ ФМБА России информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг, мною самостоятельно и добровольно принято решение о получении медицинских услуг на возмездной основе в данной медицинской организации.

Мне предоставлена информация о перечне медицинских и иных услуг, осуществляемых ФГБУЗ ЗСМЦ ФМБА России в соответствии с действующей лицензией и прейскурантом; информация о медицинских работниках, оказывающих платные медицинские услуги.

До заключения договора на оказание платных медицинских и иных услуг я уведомлен(а) о том, что:

- медицинские услуги предоставляются при наличии добровольного информированного согласия Пациента на медицинское вмешательство, данного в порядке, установленном законодательством РФ об охране здоровья граждан;

- несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой услуги (оказать влияние на результат), повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Настоящий документ мною прочитан, положения его мне понятны, возможность получения разъяснений предоставлена.

Я уведомлен(а) о том, что оплаченные по договору денежные средства не подлежат возмещению из средств обязательного медицинского страхования.

Пациент (Потребитель) / Заказчик

√ _____ / √ _____ /
ФИО подпись