

**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

желаю получить платные медицинские услуги в ГУЗ «Городской родильный дом», по адресу: г. Чита, ул. Шилова, 47 при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я ознакомлен (а) с «Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи в Забайкальском крае», об условиях и сроках получения бесплатной медицинской помощи информирована. Мне разъяснен порядок оказания бесплатной медицинской помощи. Я ознакомлена с тем, что могу получить аналогичную медицинскую помощь также в других медицинских организациях на других условиях. Получив от сотрудников Больницы полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в данной Больнице, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готова их оплатить.
2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и одновременно несколько видов медицинских услуг.
3. Мне разъяснено и я осознала, что оказываемые услуги мне не гарантируют 100% результат, и что при оказании услуги и после нее, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.
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, Больница не несет ответственности за их возникновение.
5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должна исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей Больницы. 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 могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги именно в ГУЗ «Городской родильный дом».
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.

Гражданин:

Дата: " \_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2022 год

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

\_\_\_\_\_/ФИО