

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

На основании ст. 84 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

№ _____ №0/19/ПМУ от « » 2019

желаю получить платные медицинские услуги в ГБУЗ "ГП №166 ДЗМ" (далее — Поликлиника), по адресу: г. Москва, ул.Домодедовская д.9, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я ознакомился (ась) с «Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи в г. Москве», об условиях и сроках получения бесплатной медицинской помощи информирован(а). Мне разъяснен порядок оказания бесплатной медицинской помощи. Получив от сотрудников Поликлиники полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в данной Поликлинике, даю свое добровольное согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов (а) их оплатить.
2. Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое лечение не гарантирует мне 100% результат.
3. Я согласен (на) 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, Поликлиника не несет ответственности за их возникновение.
4. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен (на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей Поликлиники. 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.
5. Я проинформирован(а), что платные медицинские услуги не гарантируют внеочередного получения услуги.

« » 2019

Пациент _____ Дата _____ Подпись _____

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

Информированное добровольное согласие пациента на предоставление медицинских услуг на платной основе

На основании ст. 84 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

№ _____ №0/19/ПМУ от « » 2019

желаю получить платные медицинские услуги в ГБУЗ №166 ДЗМ (далее — Поликлиника), по адресу: г. Москва, ул.Домодедовская д.9, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я ознакомился (ась) с «Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи в г. Москве», об условиях и сроках получения бесплатной медицинской помощи информирован(а). Мне разъяснен порядок оказания бесплатной медицинской помощи. Получив от сотрудников Поликлиники полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в данной Поликлинике, даю свое добровольное согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов (а) их оплатить.
2. Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат.
3. Я согласен (на) 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, Поликлиника не несет ответственности за их возникновение.
4. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен (на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей Поликлиники. 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.
5. Я проинформирован(а), что платные медицинские услуги не гарантируют внеочередного получения услуги.

« » 2019

Пациент _____ Дата _____ Подпись _____

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