

ФОРМА

УТВЕРЖДАЮ

Инициатор ФГБУЗ  
ЦМСЧ № 38 ФМБА России  
П.Н.Рязанов  
Приложение № 10  
к приказу по ФГБУЗ ЦМСЧ № 38 ФМБА России  
От «29» 2024 года № 220

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА  
ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Я, \_\_\_\_\_  
(Фамилия Имя Отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя) \_\_\_\_\_ (дата рождения гражданина или законного представителя)  
зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя),  
\_\_\_\_\_ (указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении, \_\_\_\_\_  
(Фамилия Имя Отчество (при наличии) пациента (при подписании согласия законным представителем)  
(Фамилия Имя Отчество (при наличии) законного представителя, действующий в интересах Фамилия Имя Отчество (при наличии) пациента))  
зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
(дата рождения пациента) \_\_\_\_\_ (адрес)

даю согласие на получение платных медицинских услуг в Федеральном государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Центральная медико-санитарная часть № 38 Федерального медико-биологического агентства», краткое наименование – ФГБУЗ ЦМСЧ № 38 ФМБА России

Я ознакомлен с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. №736 и действующим прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги в Федеральном государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Центральная медико-санитарная часть № 38 Федерального медико-биологического агентства», краткое наименование – ФГБУЗ ЦМСЧ № 38 ФМБА России

Я уведомлен о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий оказания медицинской помощи.

Я проинформирован о:

- перечне платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, с указанием цен в рублях;
- сроках ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, в случае участия исполнителя в реализации территориальной программы;
- сроках ожидания предоставления платных медицинских услуг;
- стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги;
- уровне профессионального образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- образцами договоров;
- перечне льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг;
- адресах и телефонах учредителя, исполнительного органа субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, 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.

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

Я понимаю, что обязан соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения в медицинских организациях.

Я согласен, что несоблюдение указаний (рекомендаций), 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.

Настоящее соглашение мною прочитано и подписано после проведения разъяснительной беседы и ознакомления с информацией по порядку представления платных медицинских услуг и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

---

Фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон

---

Фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон

Пациент (его законный представитель)

---

Подпись

---

Фамилия Имя Отчество

Медицинский специалист

---

Подпись

---

Фамилия Имя Отчество

«    »                                    г.

\* Информированное добровольное согласие является приложением (неотъемлемой частью) к договору на оказание платных медицинских услуг.