Приложение 1.3

**Информированное добровольное согласие**

**об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг**

Я, **[PAT]**

(Ф.И.О. Заказчика)**,** именуемый в дальнейшем "Заказчик"

 Я, **[PAT]**

(Ф.И.О. Пациента)**,** именуемый в дальнейшем "Пациент", желаю получить платные медицинские услуги в ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России, при этом мне разъяснено и осознано следующее:

1​ Я (Пациент или Заказчик), получил(а) от работников ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг в ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России, в рамках программы государственных гарантий, утвержденной Постановлением Правительства РФ от 28.12.2021 N 2505 (ред. от 14.12.2022) "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов, Постановлением Правительства Нижегородской области от 29.12.2022 N 1160 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Нижегородской области медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов"[[1]](#footnote-1), даю свое согласие на оказание платных медицинских услуг и готов(а) их оплатить.

2​ Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг, в то время как я рассмотрел(а) различные варианты получения медицинских услуг, и то, что аналогичные медицинские услуги могут оказать в других медицинских учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе в рамках программы государственных гарантий.

3​ Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и готов(а) оплатить стоимость оказанных медицинских услуг Пациенту в соответствии с прейскурантом. Сроки и условия оказания медицинской помощи для заключения договора со мной согласованы.

**4​ Мне разъяснено, что по своему желанию, путем определения перечня медицинских услуг, которые я включаю в договор на оказание платных медицинских услуг, я выбираю получение медицинских услуг пациентом в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.**

5 Я ознакомлен(а) c Порядком оказания высокотехнологичной медицинской помощи в ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 2 октября 2019 г. N 824н "Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения".

6 До моего сведения доведено, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), 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 здоровья потребителя (Пациента)

7 Я удостоверяю, что текст данного информированного согласия на оказание платных медицинских услуг мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Настоящее информированное согласие подписано мною после проведения предварительной беседы.

|  |
| --- |
| Пациент: **[ФИО]** паспорт: серия: \_\_\_\_\_\_\_\_№ **\_\_\_\_\_\_**, выдан \_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Адрес: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****[Дата]** /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ (подпись пациента) (**ФИО**)Заказчик: **[ФИО]** паспорт: серия: **\_\_\_\_\_\_**№**\_\_\_\_\_\_\_**, выдан **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Адрес: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****[Дата]** /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ (подпись заказчика) (**ФИО**) |

1. Ответственному по приказу лицу - обеспечивать актуализацию сведений [↑](#footnote-ref-1)