

от _____
(Ф.И.О. пациента)
паспорт: серия _____ № _____,
выдан _____
_____ " ____ " _____ Г.,
адрес: _____,
телефон: _____

**Заявление
о согласии на получение дополнительных
платных медицинских услуг**

Я, _____

(указать Ф.И.О., дату рождения), Заказчик (Потребитель) ГАУЗ РБ "Санаторий для детей Радуга города Стерлитамак" (адрес Российская Федерация, Республика Башкортостан, город Стерлитамак, ул. Сазонова, дом 4, Свидетельство о внесении в ЕГРЮЛ от 23.07.1996 г. Серия 02 №007161541, Выданное федеральной налоговой службой, ОГРН 1020202088532, ИНН 0268020160), действующее на основании лицензии № ЛО-02-01-006842 от «21» января 2019 г., выданной Министерством здравоохранения Республики Башкортостан (450002 г. Уфа, ул. Тукаева 23, тел. (347) 250-33-10), срок действия лицензии: _____, перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией: _____, карта пациента № _____, в рамках Договора об оказании платных медицинских услуг от " ____ " _____ г. № _____, заявляю о согласии на получение и оплату дополнительных платных медицинских услуг в ГАУЗ РБ "Санаторий для детей Радуга города Стерлитамак" (адрес Российская Федерация, Республика Башкортостан, город Стерлитамак, ул. Сазонова, дом 4, Свидетельство о внесении в ЕГРЮЛ от 23.07.1996 г. Серия 02 №007161541, Выданное федеральной налоговой службой, ОГРН 1020202088532, ИНН 0268020160), а именно: _____ (медицинских услуг), при этом:

1. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.
2. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.
3. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие виды дополнительных платных медицинских услуг, которые я хочу получить в ГАУЗ РБ "Санаторий для детей Радуга города Стерлитамак" (адрес Российская Федерация, Республика Башкортостан, город Стерлитамак, ул. Сазонова, дом 4, Свидетельство о внесении в ЕГРЮЛ от 23.07.1996 г. Серия 02 №007161541, Выданное федеральной налоговой службой, ОГРН 1020202088532, ИНН 0268020160), действующее на основании лицензии № ЛО-02-01-006842 от «21» января 2019 г., выданной Министерством здравоохранения Республики Башкортостан (450002 г. Уфа, ул. Тукаева 23, тел. (347) 250-33-10), срок действия лицензии: _____, перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией: № ЛО-02-01-006842 от «21» января 2019 г и согласен(на) оплатить лечение: _____.
4. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(на) оплатить стоимость указанной(ых) медицинской(их) услуги в соответствии с ним.
5. Виды выбранных мною дополнительных платных медицинских услуг согласованы с врачом, и я даю свое согласие на их оплату в сумме _____ (_____) рублей.
6. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания я могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в ГАУЗ РБ "Санаторий для детей Радуга города Стерлитамак" (адрес Российская Федерация, Республика Башкортостан, город Стерлитамак, ул. Сазонова, дом 4, Свидетельство о внесении в ЕГРЮЛ от 23.07.1996 г. Серия 02 №007161541, Выданное федеральной налоговой службой, ОГРН 1020202088532, ИНН 0268020160), действующее на основании лицензии № ЛО-02-01-006842 от «21» января 2019 г., выданной Министерством здравоохранения Республики Башкортостан (450002 г. Уфа, ул. Тукаева 23, тел. (347) 250-33-10), срок действия лицензии: бессрочное, перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией: № ЛО-02-01-006842 от «21» января 2019 г _
7. Я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов дополнительных медицинских услуг и даю согласие на их применение.

" ____ " _____ г.
_____/ _____ (_____)

**Информированное добровольное согласие
на получение платных медицинских услуг**

Я, _____, "___" _____ года рождения, паспорт: серия _____ № _____, выдан "___" "___" _____ г. _____, зарегистрирован(а) _____ по _____ адресу:

_____ , тел. _____, являюсь _____ законным _____ представителем _____, дата рождения _____

«___» _____ г., _____ адрес регистрации _____, _____ адрес проживания _____

_____, даю информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг мной или лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в ГАУЗ РБ "Санаторий для детей Радуга города Стерлитамак" (адрес Российская Федерация, Республика Башкортостан, город Стерлитамак, ул. Сазонова, дом 4, Свидетельство о внесении в ЕГРЮЛ от 23.07.1996 г. Серия 02 №007161541, Выданное федеральной налоговой службой, ОГРН 1020202088532, ИНН 0268020160), действующее на основании лицензии № ЛО-02-01-006842 от «21» января 2019 г., выданной Министерством здравоохранения Республики Башкортостан (450002 г. Уфа, ул. Тукаева 23, тел. (347) 250-33-10), срок действия лицензии: _____, перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией: _____, в лице главного врача Гульнары Хамзовны Фатхутдиновой, действующего на основании Устава.

Медицинским работником _____ (должность, Ф.И.О. медицинского работника) в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы получения платных медицинских услуг, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств при получении платных медицинских услуг или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранных мной лицах, которым в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья, в том числе после моей смерти, или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе после его смерти (ненужное зачеркнуть).

(Ф.И.О. гражданина, законного представителя, контактный телефон, _____
адрес регистрации и проживания (в случае расхождения) _____) _____
_____ подпись

(должность, Ф.И.О. медицинского работника) _____
_____ подпись

«___» _____ 20__ г.

Информированное добровольное согласие

на медицинское вмешательство

Я, _____, "___" _____ года рождения, паспорт: серия _____ № _____, выдан "___" _____ г. _____, зарегистрирован(а) _____ по _____ адресу: _____, тел. _____, являюсь _____ законным _____ представителем _____, дата рождения _____ «___» _____ г., _____ адрес регистрации _____, _____ адрес проживания _____, даю информированное добровольное согласие

на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ГАУЗ РБ "Санаторий для детей Радуга города Стерлитамак" (адрес Российская Федерация, Республика Башкортостан, город Стерлитамак, ул. Сазонова, дом 4, Свидетельство о внесении в ЕГРЮЛ от 23.07.1996 г. Серия 02 №007161541, Выданное федеральной налоговой службой, ОГРН 1020202088532, ИНН 0268020160), действующее на основании лицензии № ЛО-02-01-006842 от «21» января 2019 г., выданной Министерством здравоохранения Республики Башкортостан (450002 г. Уфа, ул. Тукаева 23, тел. (347) 250-33-10), срок действия лицензии: бессрочное, перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией: № ЛО-02-01-006842 от «21» января 2019 г, в лице главного врача Гульнaры Хамзoвны Фатхутдиновой, действующего на основании Устава.

Медицинским работником _____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

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:

(ФИО гражданина, законного представителя, контактный телефон,
адрес регистрации и проживания (в случае расхождения)

подпись

(должность, ФИО медицинского работника)

подпись

«___» _____ 20__ г.

