

**Федеральное государственное бюджетное учреждение  
«Национальный медицинский исследовательский центр гематологии»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России)**

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

Я, \_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество пациента/законного представителя-полностью, год рождения)*

Зарегистрированный/ая по адресу: \_\_\_\_\_

даю информированное добровольное согласие на проведение в отношении меня лечебных (диагностических) манипуляций (процедур), виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 г. № 390н, в рамках договора возмездного оказания медицинских услуг. Я даю согласие медицинскому работнику/уполномоченному лицу ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России на определение перечня дополнительных платных медицинских услуг, исследований и их проведение, в целях уточнения диагноза заболевания (состояния), в которых может возникнуть необходимость по итогам проведенных исследований/первичного обследования и на оплату дополнительных услуг.

Медицинским работником/уполномоченным лицом ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России (далее – «НМИЦ гематологии») в доступной форме мне разъяснено и мною осознано следующее:

Я информирован(а) о возможности и условиях бесплатного получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в порядке, установленном действующим законодательством РФ, и подтверждаю свое добровольное согласие на оказание мне лечебно-диагностических услуг в «НМИЦ гематологии» за отдельную плату. Я ознакомлен(а) с перечнем и стоимостью платных услуг «НМИЦ гематологии» и подтверждаю свое добровольное согласие на оплату этих услуг. Я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов дополнительных медицинских услуг, необходимость дополнительных обследований (исследований/лечения) мне разъяснено дополнительно, и я даю согласие на их проведение. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в «НМИЦ гематологии».

Мне разъяснены и понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания. Я понимаю необходимость проведения указанных манипуляций (процедур) и лекарственного лечения. Мне разъяснено и понятно, что во время указанных манипуляций (процедур) и лекарственного лечения или после них могут развиваться осложнения, что может потребовать дополнительных вмешательств (лечения), о необходимости применения которых мне будет сообщено дополнительно, а также дополнительных затрат с моей стороны. Мне известно, что лечащий врач/медицинских работник или иное уполномоченное лицо, готовы предоставить мне информацию о моем заболевании, проводимом лечении и ответить на интересующие меня вопросы в доступной для меня форме. Я проинформирован(а) о том, что любое дополнительное вмешательство, не предусмотренное договором, будет проводиться после получения моего согласия (за исключением предоставления дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни).

Я согласен(а) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны без влияния на качество предоставляемой услуги.

Я ознакомлен(а) с правилами внутреннего распорядка «НМИЦ гематологии» и обязуюсь их соблюдать. Я предупрежден(а), что отказ от лечения, несоблюдение правил внутреннего распорядка, рекомендаций медицинских работников, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья. Я подтверждаю, что в ходе беседы с лечащим врачом/медицинским работником или иным уполномоченным лицом я получил(а) полную информацию о процедуре, целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, возможных последствиях и осложнениях в связи с проведением указанных выше вмешательств, предполагаемых результатах оказания медицинской помощи (устное разъяснение, наглядная информация).

Я проинформирован(а) о том, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, 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».

Я подтверждаю, что мне понятен смысл информации, предоставленной медицинским работником/иным уполномоченным лицом, на меня не оказывалось давление, и я осознанно принимаю решение о медицинском вмешательстве; я имел(а) возможность обсудить с медицинским работником/иным уполномоченным лицом все интересующие или непонятные мне вопросы в этой области.

Я указываю свой телефон и адрес электронной почты для предоставления мне информации о состоянии моего здоровья, диагнозе, характере заболевания, результатов исследований, в том числе дополнительных и иные сведения, касающиеся моего здоровья:

**E-mail:** \_\_\_\_\_ **Телефон:** \_\_\_\_\_

Я подтверждаю и гарантирую, что указанные мной абонентские номера и /или адреса электронной почты (e-mail), принадлежат мне, и соглашаюсь с тем, что самостоятельно несу риск любых негативных последствий при указании недостоверных (неточных) сведений.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

Разрешаю «НМИЦ гематологии», в случае необходимости, предоставлять информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам: \_\_\_\_\_

(ФИО гражданина, контактный телефон)

гражданам: \_\_\_\_\_

(ФИО гражданина, контактный телефон)

организациям: \_\_\_\_\_

(наименование организации)

лечащему врачу, направившему пациента \_\_\_\_\_

(наименование учреждения, ФИО лечащего врача, электронная почта)

Мне разъяснено, что полная информация о «НМИЦ гематологии», предоставляемых им медицинских услугах, сведения о лицензии на медицинскую деятельность, медицинских работников и другие сведения, обязательные для предоставления «потребителю» размещены на официальном сайте по адресу [www.blood.ru](http://www.blood.ru), а также представлена на информационных стендах (стойках) «НМИЦ гематологии».

Я согласен(а) на предоставление информации, составляющей врачебную тайну *(нужное отметить знаком «V»):*

- на указанный мной адрес электронной почты  - лично
- уполномоченному мною лицу (указанному в информированном добровольном согласии либо на основании доверенности)

ФИО, подпись пациента/законного представителя, дата: \_\_\_\_\_

ФИО, должность, подпись медицинского работника/уполномоченного лица, дата: \_\_\_\_\_