Приложение № 6

УТВЕРЖДЕНО приказом
ФГБУ «НМИЦ гематологии»
Минздрава России
от 31.08 20~~26~~г. № 545

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр гематологии»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПОТРЕБИТЕЛЯ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В РАМКАХ ДОГОВОРА ОТ _____ № _____.

Я,_____
(фамилия, имя, отчество потребителя)
«_____» _____ _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
_____
(адрес регистрации/места жительства потребителя)

Паспорт: серия_____номер_____, дата выдачи_____
кем выдан: _____

Этот раздел заполняется законным представителем потребителя либо лицом, действующим от имени потребителя:

Я, _____
(фамилия, имя, отчество потребителя)
паспорт: серия_____номер_____, выдан: дата_____кем _____
_____
являюсь законным представителем потребителя / лицом, действующим от имени потребителя (ненужное вычеркнуть), и подтверждаю свои полномочия:_____
_____
(реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя)

даю информированное добровольное согласие на предоставление платных медицинских услуг в рамках договора на предоставление платных медицинских услуг. Я даю согласие медицинскому работнику/уполномоченному лицу ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России на определение перечня платных медицинских услуг, исследований и их проведение, в целях уточнения диагноза заболевания (состояния), в которых может возникнуть необходимость по итогам проведенных исследований/первичного обследования. Я проинформирован(а), что дополнительные платные медицинские услуги, не предусмотренные договором, предоставляются исключительно после оформления дополнительного соглашения к договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости, и что оказание таких услуг без оформления дополнительного соглашения (нового договора) не допускается.

Я проинформирован(а), что, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы.

Медицинским работником/уполномоченным лицом ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России в доступной форме мне разъяснено 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 платных медицинских услуг в ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России, в том числе дополнительных платных медицинских услуг. Я ознакомлен(а) с перечнем и стоимостью платных медицинских услуг ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России (прейскурантом) и подтверждаю свое добровольное согласие на оплату таких услуг.

Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других медицинских организациях, и подтверждаю свое согласие на получение платных медицинских услуг в ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России.

Я подтверждаю, что мне разъяснено право получать медицинские услуги в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

Я уведомлен(а) о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с частью 3 статьи 27 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определённый на период временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинской организации, и что несоблюдение назначений (рекомендаций) медицинского работника, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

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

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мне понятны и добровольно даю согласие на оказание платных медицинских услуг в предложенном объеме.

Мне разъяснено, что полная информация о ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России, предоставляемых им медицинских услугах, сведения о лицензии на медицинскую деятельность, медицинских работниках и другие сведения, обязательные для предоставления, размещены на официальном сайте по адресу www.blood.ru, а также представлена на информационных стендах (стойках) ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России.

Настоящее согласие оформляется одним из способов, предусмотренных пунктом 4.1 Положения о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг Исполнителя:

– в электронной форме с подписанием простой электронной подписью или усиленной неквалифицированной электронной подписью потребителя (его законного представителя), в том числе с использованием мобильного приложения «Госключ», при условии идентификации потребителя (его законного представителя) с использованием Единой системы идентификации и аутентификации;

– в виде документа на бумажном носителе, подписанного потребителем (его законным представителем), при очном визите.

Срок действия настоящего информированного добровольного согласия определяется сроком действия договора на оказание платных медицинских услуг от _____ № _____.

_____	_____	_____
(ФИО потребителя/законного представителя)	(подпись потребителя/законного представителя)	(дата)
_____	_____	_____
(ФИО потребителя/должность уполномоченного лица)	(подпись уполномоченного лица)	(дата)