Приложение № 5

к приказу от 31.08..2022 № 276

 Приложение №2

 к договору № от

Информированное согласие «Пациента»

на предоставление платных медицинских и немедицинских услуг

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, медицинская карта стационарного больного № \_\_\_\_\_\_\_, в доступной и понятной мне форме получил (а) от сотрудников ГУЗ «Клиническая больница № 4» полную информацию о возможностях и условиях получения медицинской помощи в гарантированном объеме, оказываемой без взимания платы в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Волгоградской области на текущий год, даю свое согласие и желаю получить в ГУЗ «Клиническая больница № 4» ниже указанные платные услуги.

При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Согласно моему волеизъявлению, услуга оказывается мне на платной основе в связи с (нужное отметить):

- добровольным желанием получить конкретную услугу на платной основе;

- добровольным желанием получить услугу на платной основе на условиях анонимности;

- оказанием медицинской помощи в условиях повышенной комфортности;

- добровольным желанием получить услугу на платной основе не входящую в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Волгоградской области на текущий год;

- самостоятельным обращением за получением медицинских услуг в плановой форме, без направления лечащего врача;

- предоставлением дополнительных платных немедицинских услуг при оказании медицинской помощи;

- превышением объема выполняемого стандарта медицинской помощи.

2. Мне разъяснено, что  платные медицинские услуги могут оказываться в полном объеме [стандарта](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_141711/c335af07929c2b2a5df5b1a0380b9e39598f60be/#dst100005) медицинской помощи либо по просьбе пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

3. Мне разъяснено, и я полностью осознаю, что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат и что как при предоставлении медицинских услуг, так и после их предоставления, возможны различные осложнения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, обусловленные индивидуальными биологическими особенностями организма.

4. Я полностью согласен (а) с тем, что используемая при моем лечении технология не может на 100% исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных индивидуальными биологическими особенностями организма, и в том случае, если предоставленная медицинская услуга была осуществлена с учетом всех необходимых требований.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения, я должен (а) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей ГУЗ «Клиническая больница №4».

6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения, и по согласованию с лечащим врачом выбраны следующие виды услуг, которые я желаю получить на платной основе:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Шифр услуги  | Наименование услуги | Кол-во | Цена 1 услуги | Сумма  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

7. Я ознакомлен (на) с действующим в ГУЗ «Клиническая больница № 4» прейскурантом цен на платные услуги и согласен (на) оплатить стоимость услуг в соответствии с ним.

8. Виды выбранных мною и согласованных с лечащим врачом платных услуг, я согласен (на) оплатить в кассу ГУЗ «Клиническая больница № 4» либо безналичным перечислением на расчетный счет ГУЗ «Клиническая больница № 4» в сумме \_\_\_\_ рублей\_\_ копеек.

9. Я проинформирован (а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других учреждениях здравоохранения, и подтверждаю свое согласие и желание на получение указанных услуг(и) в ГУЗ «Клиническая больница № 4».

10. Настоящее информированное согласие мною внимательно прочитано, претензий и замечаний к данному информированному согласию не имеется, в связи с чем я, в соответствии с моим волеизъявлением, даю согласие на проведение вышеуказанных услуг.

11. Специалист, оказывающий платную услугу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ имеющий вторую, первую, высшую категорию, кандидат медицинских наук (нужное отметить).

Информацию предоставил лечащий врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 Подпись ФИО врача

« »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

**«ИСПОЛНИТЕЛЬ» «ПАЦИЕНТ»**

ГУЗ «Клиническая больница № 4» Ф.И.О.

Россия, 400065, Волгоград, ул. Ополченская, 40 Дата рождения

ИНН 3441024160 Место рождения

 Арес

КПП 344100101 Паспорт(серия, №, кем и

 когда выдан)

 № тел.

Должность

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО

мп. (подпись)