

Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг.

Я, _____
Зарегистрированный по адресу: _____
в рамках договора на оказание платных медицинских услуг, желаю получить услуги в ООО «ВИТА-КАРДИО» (ОГРН 1100264001694, ИНН 0264061373), расположенное по адресу: 452684, РБ, г. Нефтекамск, ул. Строителей, д. 27, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я возможно могу получить соответствующие/подобные виды медицинской помощи бесплатно в рамках Программы госгарантии бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в иных государственных учреждениях.
2. Я ознакомлен с действующим Перечнем и прейскурантом медицинских услуг и согласен оплатить стоимость указанной медицинской услуги и прочие платные услуги в соответствии с ним.
3. Я даю согласие на оказание платных медицинских услуг и прочих платных услуг.
4. Даю согласие на обработку моих персональных данных.
5. Даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которое граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача в медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.04.2012 г. № 39011, для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ВИТА-КАРДИО».

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемы 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 4.9 ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ (собрание законодательства РФ, 2011, № 48, ст. 6724, 2012, № 26 ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п.5 4.3 ст.19 Федерального закона от 21.11.11 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состояния лица», законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

6. Настоящее согласие мною прочитано, я даю согласие на применение выбранных мною видов медицинских услуг (вмешательств).

(ФИО гражданина, контактный телефон)

(подпись) (ФИО гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) (ФИО медицинского работника)

«_____» _____ 2022 г.

Я даю информированное добровольное согласие на оформление договора на моего ребенка, законным представителем которого я являюсь.