

**Информированное добровольное согласие потребителя (заказчика)
на оказание платных медицинских и сопутствующих услуг**

Я, _____ в рамках Договора об оказании платных услуг № _____ от _____ г. (далее по тексту Договор), заключенного между Государственным бюджетным учреждением здравоохранения Московской области «Пушкинской клинической больницей им. проф. Розанова В.Н.» (далее ГБУЗ Московской области «ПКБ им. проф. Розанова В.Н.») и потребителем/заказчиком (нужное подчеркнуть), желаю получить для потребителя _____ платные медицинские и сопутствующие услуги в ГБУЗ Московской области «ПКБ им. проф. Розанова В.Н.», При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Мне разъяснено, что я (представляемый мною) могу получить медицинскую помощь в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.
2. Я получил(а) информацию о других сопоставимых по медицинской эффективности методах лечения и возможности получения медицинской помощи.
3. Виды выбранных мною медицинских услуг согласованы с лечащим врачом (специалистом), и я даю свое согласие на их проведение мне (представляемому лицу).
4. Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг в ГБУЗ Московской области «ПБ им. Проф. Розанова В.Н.».
5. Я проинформирован(а), что платные медицинские услуги не гарантируют внеочередного получения услуги.
6. Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (заболевания представляемого), об особенностях течения заболевания, о длительности лечения, об исходах лечения, о прогнозе заболевания, об обстоятельствах, ухудшающих прогноз заболевания, о предложенном плане лечения.
7. Я информирован/информирована о целях и методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска медицинского вмешательства и врач дал мне понятные, исчерпывающие ответы. Я информирован/информирована о характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения.
8. Я извещен/извещена о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств.
9. Я предупрежден/предупреждена и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.
10. Я уведомлен/уведомлена о необходимости поставить в известность врача обо всех проблемах связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я уведомлен (уведомлена) о необходимости сообщить правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.
11. Мне разъяснено, и я осознаю, что проводимое мне лечение не гарантирует 100% результата и, что при проведении медицинского вмешательства, операции (манипуляции) и после нее, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.
12. Я согласен/согласна с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятности возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ГБУЗ Московской области «ПБ им. Проф. Розанова В.Н.» не несет ответственности за их возникновение.
13. До заключения Договора я был/была уведомлен/уведомлена о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской помощи, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на моём состоянии здоровья. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы Исполнителя.
14. Я удостоверяю, что текст моего добровольного информированного согласия на оказание платных медицинских и сопутствующих услуг мною прочитан лично, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.
15. 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».
16. 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 или состоянии _____ лица, законным представителем которого я являюсь, _____ (нужное зачеркнуть)

Потребитель(заказчик)

Ф.И.О. полностью подпись

Дата: « _____ » _____ 202__ г.