



**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПОТРЕБИТЕЛЯ (ЗАКОННОГО  
ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПОТРЕБИТЕЛЯ) НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ  
(НЕМЕДИЦИНСКИХ) УСЛУГ**

Я, \_\_\_\_\_

(указать Ф.И.О. полностью)

(указать дату, год рождения, адрес места жительства)

настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Астраханской области «Городская поликлиника №5» (далее — Учреждение) в рамках договора на оказание платных медицинских (немедицинских) услуг от «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г., при этом:

- Я получил(а) от сотрудников Учреждения полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в данном учреждении в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и даю свое согласие на предоставление мне платных медицинских услуг.

- Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько или целый комплекс платных услуг.

- Мне разъяснено, я полностью осознаю и согласен, что проводимое мне лечение не гарантирует 100% результат и что используемая при моем лечении технология не может на 100% исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных индивидуальными биологическими особенностями организма даже в том случае, если предоставленная медицинская услуга была осуществлена с учетом всех необходимых требований.

- Я в доступной для меня форме осознаю и согласен, что для получения лучших результатов лечения, я должен(а) исполнять все назначения, рекомендации указания врачей Учреждения, предоставляющего мне платную услугу. Я уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) врачей Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на моем состоянии. Я в доступной форме ознакомлен(а) с необходимой и интересующей меня информацией о состоянии моего здоровья и добровольно даю свое согласие на проведение мне, в соответствии с назначениями врача диагностических исследований и выполнения медицинского вмешательства. Мне даны рекомендации по соблюдению правил поведения до, в процессе и после выполнения медицинского вмешательства. Мне разъяснена необходимость незамедлительного обращения за медицинской помощью в случае ухудшения состояния здоровья после медицинского вмешательства. Я ознакомлен(а) с планом медицинского вмешательства и действием лекарственных препаратов, с возможными изменениями медикаментозной терапии в случае непереносимости лекарственных препаратов и других методов лечения, которые могут быть назначены иными врачами. Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах с моим здоровьем, в т.ч. аллергических проявлениях, индивидуальной непереносимости лекарственных средств, препаратов и иных отклонениях организма от нормы.

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

- Я ознакомлен(а) с действующим в учреждении здравоохранения прейскурантом цен на платные медицинские услуги и согласен(а) оплатить стоимость медицинских (ой) услуг (и) в соответствии с ним в кассу учреждения здравоохранения либо безналичным перечислением на лицевой счет учреждения.

- Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания, могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанных (ой) услуг (и) в данном учреждении здравоохранения.

- Настоящее согласие мною внимательно прочитано и подписано, претензий и замечаний не имеется, в связи с чем я отказываюсь от бесплатной медицинской помощи и даю согласие на проведение платных медицинских (ой) услуг (и).

- Своей подписью подтверждаю дачу согласия Учреждению на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в Федеральном законе от 27.07.2006 «152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Учреждением обязательств по Договору.

#### Потребитель

\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

#### Законный представитель Потребителя

\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

\_\_\_\_\_

(Указать документ, на основании которого действует законный представитель)

Приложение №7

к приказу от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

#### УВЕДОМЛЕНИЕ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области «Городская поликлиника №5» уведомляет, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя по договору оказания платных медицинских услуг (медицинского работника ГБУЗ АО «ГП №5», предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии Вашего здоровья.

С преискурантом ознакомлен(а). До моего сведения в доступной форме доведена информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Ознакомлен (а): \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

(ФИО потребителя) (подпись) (дата)