

Главному врачу ГБУЗ РКПЦ МЗ РБ
Л.В. Савиной

от _____
[Ф. И. О. пациента]

либо законного представителя

адрес проживания _____

паспорт _____

[серия, номер, кем и когда выдан]

**Информированное добровольное согласие
пациента на получение платных медицинских услуг**

Я, _____
(ФИО пациента полностью)

настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в ГБУЗ РКПЦ МЗ РБ.

Мне разъяснено и понятно мое право на получение бесплатной медицинской помощи, в том числе схожих медицинских услуг, в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я ознакомлен(а) с положениями статей 29–32 Закона № 2300-1 “О защите прав потребителей”, в том числе с правом на отказ от исполнения договора, правом на уменьшение цены при обнаружении недостатков, правом на составление твердой сметы по моему требованию. Понимаю, что могу получить аналогичную медицинскую помощь бесплатно в рамках программы ОМС, о чем проинформирован(а) отдельно ГБУЗ РКПЦ МЗ РБ.

Я изъявляю желание заключить договор на оказание платных медицинских и иных услуг с ГБУЗ РКПЦ МЗ РБ.

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 предполагаемые результаты оказания медицинской услуги. 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 частью 9 ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 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 (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Информацию до пациента довел:

_____ [подпись, инициалы, фамилия врача]

_____ [число, месяц, год]

Пациент:

_____ [подпись, инициалы, фамилия]

_____ [число, месяц, год]

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

«__» _____ г. р.,
(дата рождения гражданина либо законного представителя)
зарегистрированный по адресу _____

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании
согласия законным представителем)

«__» _____ г. рождения,
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)
проживающего по адресу: _____

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)
даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные
в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают
информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для
получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства
здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н
(далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной
медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным
представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ГБУЗ РКПЦ МЗ РБ медицинским
работником _____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)
в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи,
связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том
числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые 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 частью 9 статьи 20 Федерального закона
от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с
пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. № 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
(ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись) _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его
законного представителя, телефон)

(подпись) _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

Уведомления пациента о возможности получения медицинской помощи без взимания платы.

Уведомление
о возможности получения медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий

г. _____ «___» _____ 2026 г.

Я, _____ (Ф.И.О. пациента
полностью),

ознакомлен(а) с тем, что в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой ОМС Республики Башкортостан медицинская помощь, которую мне предлагают на платной основе, может быть оказана бесплатно:

Вид медицинской помощи	Срок ожидания в рамках ОМС	Порядок получения
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

(Заполняется сотрудником ГБУЗ РКПЦ МЗ РБ на основании территориальной программы ОМС Республики Башкортостан)

Я проинформирован(а) о своём праве: получить указанную помощь бесплатно в установленные сроки; отказаться от заключения договора на платные услуги без уменьшения объема и видов бесплатной помощи.

Я принимаю решение (нужное подчеркнуть):

А. Заключить договор на платные услуги, осознавая, что мог(ла) получить эту помощь бесплатно по ОМС.

Б. Отказаться от платных услуг и обратиться за бесплатной помощью по ОМС.

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)