

Приложение 5
к приказу ГБУЗ «Ленинская ЦРБ»
от 17.08.2026 №126-О

УТВЕРЖДАЮ

Главный врач
ГБУЗ «Ленинская ЦРБ»



Л.П. Журбина

«17» августа 2026 г.

ФОРМА

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Я, _____

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

« ____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(дата рождения гражданина либо законного
представителя)

_____ (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, зарегистрированный по адресу:

(дата рождения пациента при подписании законным
представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

в соответствии с положениями статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Ленинская центральная районная больница».

Я ознакомлен с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 30 мая 2026 г. № 659, и действующим прейскурантом цен на медицинские услуги в ГБУЗ «Ленинская ЦРБ».

Мне разъяснено и понятно мое право на получение 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.

Мне разъяснены в доступной для меня форме цели, медицинские мероприятия, проводимые в рамках предоставления платных медицинских услуг, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Я получил информацию об альтернативных методах обследования (лечения), а также об их примерной стоимости.

Я подтверждаю, что мне предоставлена информация о:

- перечне предоставляемых платных медицинских услуг с учетом номенклатуры медицинских услуг, с указанием цен в рублях;
- сроках ожидания медицинской помощи, оказываемой без взимания платы в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы;
- стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основе которых (соответственно) оказываются платные медицинские услуги;
- медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и о квалификации;
- графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;

- образце договора;
- перечне категорий потребителей, имеющих право на получение льгот, а также перечне льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг, в случае их установления исполнителем;
- адресе и номере телефона учредителя, исполнительного органа субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Мне разъяснено, что перечень предоставляемых платных медицинских услуг, включаемый в договор на предоставление платных медицинских услуг, подразумевает оказание медицинских услуг в полном объеме стандарта медицинской помощи и по моей просьбе медицинские услуги могут быть оказаны в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

Я проинформирован и понимаю, что обязан соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период моей временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинской организации.

Я уведомлен и понимаю, что несоблюдение назначений (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я согласен(сна) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ГБУЗ «Ленинская ЦРБ», не несет ответственности за ее возникновение.

Настоящее соглашение мною прочитано и подписано после проведения разъяснительной беседы и ознакомления с информацией по порядку представления платных медицинских услуг.

Я изъявляю желание заключить договор на оказание платных медицинских и иных услуг с ГБУЗ «Ленинская ЦРБ».

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья:

_____ ;
[Ф. И. О.], контактный телефон [вписать нужное]

_____ ;
[Ф. И. О.], контактный телефон [вписать нужное]

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

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

Информацию до пациента довел:

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

« _____ » _____ г.
(дата оформления)