

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НА ПЛАТНОЙ ОСНОВЕ**

Я, _____
(Ф. И. О. гражданина, либо его законного представителя)

_____ (адрес места жительства гражданина, либо его законного представителя)

являющийся Потребителем, в рамках договора на оказание платных медицинских услуг

№ _____ от «__» _____ 20__ г., заключенного с ООО «Ивамед»,

344000 Ростовская область, г. Ростов-на-Дону, пр. Шаумяна 12. ИНН 6164128064; ОГРН 1196196030898; Лицензия № ЛО-61-01-007520 от 24 декабря 2019г, выдана Министерством здравоохранения Ростовской области, (далее по тексту – Исполнитель), и в соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 № 323-ФЗ, даю информированное добровольное согласие для получения мной (либо пациентом, законным представителем которого я являюсь), первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по гематологии, ультразвуковой диагностики.

_____ Ф. И. О. (ребенка, дата рождения)

_____ (реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы ребенка)

при этом мне разъяснено и мною понятно следующее:

1. Я, получив от Исполнителя в доступной форме информацию 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, подтверждаю свое добровольное согласие на получение одного или нескольких видов платных медицинских услуг и оказании мне первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по гематологии.
2. Я получил(а) в доступной форме информацию об Исполнителе, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
3. В доступной форме мне разъяснены стандарты медицинской помощи, цели, методы и порядки оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также ожидаемые результаты оказания медицинской помощи.
4. Я получил(а) в доступной форме имеющуюся у Исполнителя информацию о состоянии моего здоровья, в том числе наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания.
5. Я получил(а) в доступной форме имеющуюся у Исполнителя информацию о лекарственных (фармакологических) препаратах, назначаемых мне Исполнителем в рамках соответствующей

медицинской услуги, особенностях их действия, показаниях, противопоказаниях их применения и согласен(а) с тем, что прием назначаемых Исполнителем лекарственных (фармакологических) препаратов 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, Исполнитель не несет ответственности за их возникновение.

6. Я понимаю, что несоблюдение или отказ от указаний (рекомендаций) Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, а также осуществление бесконтрольного самолечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья, и осознаю, что в рамках предоставляемой платной медицинской услуги я должен немедленно сообщать Исполнителю о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с Исполнителем прием любых, не прописанных лекарств.
7. Я поставил(а) в известность Исполнителя обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а так же об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.
8. Я проинформирован(а) в доступной для меня форме, что имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, и мне разъяснены возможные последствия такого отказа.
9. Я удостоверяю, что прочитал и понял текст и назначение информированного добровольного согласия, а также получил удовлетворяющие меня разъяснения по данному документу.
10. Не возражаю против записи медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием – исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.
11. Я разрешаю, в случае необходимости, предоставить медицинскую документацию и информацию о состоянии моего здоровья (моем диагнозе, степени тяжести, характере моего заболевания и т.д.) _____ следующим _____ лицам: _____
12. Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, а также положениями Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Закона РФ от 07.02.92 N 2300-1 «О защите прав потребителей», Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 N 1006), положения которых мне разъяснены и понятны.

Потребитель (либо его законный представитель): _____
_____ / (подпись)

Исполнитель ООО «Ивамед» _____

«__» _____ 20__ г.