

**Автономная некоммерческая организация
«Клиника Спортивной Медицины-Лужники»**
Лицензия № Л041-01137-77/00359573 от 27.01.2021 г.
119270, г. Москва, ул. Лужники д.24 с.9

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в рамках предоставления платных медицинских услуг

Я, _____ (Ф.И.О. гражданина), «__» _____ года рождения, паспорт: серия _____ № _____, выдан «__» _____ г. _____, зарегистрирован (а) по адресу: _____, на основании ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 г. № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006» даю информированное добровольное согласие на получение медицинской помощи в рамках получения платных медицинских услуг мной или лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в АНО «КСМ-Лужники», утвержденным, согласно действующим законодательством.

Наименование вида медицинского вмешательства: _____

Я проинформирован (а) о возможности получения медицинской услуги бесплатно в рамках Программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, финансируемых за счет средств государственного бюджета и средств обязательного медицинского страхования:

- в поликлинике по месту жительства;
- в районном диагностическом центре (по направлению из поликлиники по месту жительства);
- в ЛПУ городского подчинения (по направлению Департамента здравоохранения г. Москвы);
- в ЛПУ федерального подчинения (по направлению Минздрава России);
- по экстренным показаниям, связанным с угрозой жизни Пациента.

Медицинским работником _____ (должность, Ф.И.О. медицинского работника) в доступной для меня форме мне разъяснены методы профилактики, диагностики, лечения, цели, методы получения 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.

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 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от работников Клиники полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание платных медицинских услуг и готов их оплатить.

2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов медицинских услуг.

3. Мне разъяснено, и я осознал (а), что проводимое лечение не гарантирует 100 % результат.

4. Я согласен 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, АНО «КСМ-Лужники» не несет ответственности за их возникновение.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен (на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей Клиники. До заключения Договора я был (а) письменно уведомлен (а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги и повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

6. Я проинформирован (а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение медицинской услуги именно в данной Клинике.

7. Я проинформирован (а), что платные медицинские услуги не гарантируют внеочередного получения услуги.

8. Я ознакомлен (а) с действующим прейскурантом и согласен (а) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним за счет своих личных средств и иных источников дохода, не запрещенных действующим законодательством.

9. Настоящее согласие мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

_____/_____
(подпись, Ф.И.О. заказчика/пациента) «__» _____ г.

Настоящее согласие подписано Заказчиком/Пациентом после проведения разъяснительной беседы.

_____/_____
(подпись, Ф.И.О. медицинского работника) «__» _____ г.

