

**Информированное добровольное согласие  
потребителя (законного представителя потребителя) на оказание платных медицинских услуг**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

\_\_\_\_\_ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на оказание платных медицинских услуг в БУЗ Орловской области «ООКБ». Мне разъяснено (предоставлена 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 в БУЗ Орловской области «ООКБ», согласно Постановления Правительства РФ «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»

В доступной для меня форме мне доведены (разъяснены) цели, методы и виды оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений (вплоть до летального исхода), а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я подтверждаю, что согласовываю оказание мне платных медицинских услуг, в объеме, превышающем объём выполняемого стандарта медицинской помощи.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 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 (пенужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. работника)

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(дата оформления)