

СПб ГБУЗ «Городская Александровская больница»
(Александровская больница)

УТВЕРЖДАЮ

Главный врач

СПб ГБУЗ «Александровская больница»
Ю.П.Линец

Приложение № 5 к приказу
№ _____ от « 01 » 09 2023 г.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
ОБ ОБЪЕМЕ И УСЛОВИЯХ ОКАЗЫВАЕМЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Я, _____
(ФИО гражданина)

"___" ____ г. рождения, зарегистрированный адресу: _____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)
являющийся ПАЦИЕНТОМ,

Я, _____
(ФИО гражданина)
"___" ____ г. рождения, зарегистрированный адресу: _____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

являющийся Заказчиком (Плательщиком), в рамках Договора на оказание платных медицинских и/или сервисных услуг № _____ от « ___ » 202 ____ г., желаю предоставления платных медицинских и/или сервисных услуг, указанных в Договоре, в СПб ГБУЗ «Александровская больница») (далее по тексту – ИСПОЛНИТЕЛЬ), при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от работников ИСПОЛНИТЕЛЯ полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг в СПб ГБУЗ «Александровская больница», в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – программа) и программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - территориальная программа), **теряю право на возмещение затраченных мною средств на оказание платных медицинских услуг из фонда обязательного медицинского страхования, т.е. последствия отказа мне разъяснены и понятны, и даю свое согласие на оказание платных медицинских и/или сервисных услуг и готов(а) их оплатить.**

2. Я выражаю добровольность в получении платных медицинских и/или сервисных услуг, учитывая то, что я рассмотрел(а) различные варианты получения медицинских услуг, и то, что имеется возможность получения аналогичных медицинских услуг на бесплатной основе в другие сроки, в том числе в других медицинских учреждениях и на других условиях, в том числе возмездно и безвозмездно.

3. Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг и проведение мне диагностических процедур в СПб ГБУЗ «Александровская больница»: получения проб биологического материала для лабораторных исследований, инструментальных исследований, осмотра врача, извещен о целях, характере и возможных неблагоприятных эффектах диагностических процедур, а также в том, что предстоит мне делать до и во время процедур на платной основе, в связи с чем, выражаю согласие на проведение вышеуказанных процедур.

4. Я получил(а) исчерпывающую информацию о диагнозе, особенностях течения заболевания, о длительности лечения, об исходах лечения, о прогнозе заболевания, об обстоятельствах, ухудшающих прогноз заболевания, о предложенном плане лечения, с полученными сведениями согласен, добровольно принимаю ответственность за имеющиеся риски и возможное возникновение в результате оказания медицинских услуг осложнений, с правилами лечебно-охранительного режима (ЛОР) ознакомлен(а) и обязуюсь их соблюдать.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(а) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей (специалистов) ИСПОЛНИТЕЛЯ, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение ЛОР, рекомендаций медицинских работников, предоставляющих платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, режима приема препаратов, бесконтрольное самолечение могут снизить качество предоставления платной медицинской и

или сервисной услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

6. Виды выбранных мною медицинских услуг согласованы с лечащим врачом (специалистом), и я даю свое согласие на проведение мне диагностических и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний и других процедур.

7. Я получил(а) информацию о других сопоставимых по медицинской эффективности методах лечения и возможности получения медицинской помощи, а также о сроках получения (ожидания) платных услуг.

8. Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в т.ч. 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.

9. Я согласен(а) 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, Исполнитель не несет ответственности за их возникновение.

10. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских и/или сервисных услуг, так и несколько видов услуг.

11. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(а) оплатить стоимость оказанных медицинских и/или сервисных услуг в соответствии с ним.

12. Виды выбранных мною платных медицинских и/или сервисных услуг согласованы с лечащим врачом (специалистом), и я даю свое согласие на их оплату.

13. Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

14. Не возражаю против записей проведенных медицинских вмешательств на информационные носители и демонстрации полученной информации лицам с медицинским образованием – исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

15. **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:**

16. Настоящее информированное согласие подписано мною после проведения предварительной беседы об оказании платных медицинских и/или сервисных услуг.

17. **Пациент:** _____
Паспорт: серия: _____ № _____, выдан _____ г.
Адрес: _____

/ _____ /
(подпись Пациента) (расшифровка подписи)

Заказчик: _____
Паспорт: серия: _____ № _____, выдан _____ г.
Адрес: _____

/ _____ /
(подпись Заказчика) (расшифровка подписи)

18. «____» _____ 202____ г.