

Я, \_\_\_\_\_, (далее – ЗАКАЗЧИК) до заключения договора в доступной для меня форме уведомлен представителем ИСПОЛНИТЕЛЯ – ГБУЗ «ДГП № 58 ДЗМ» о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника (лечащего врача, медицинской сестры), предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе, назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой мне платной услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

В доступной форме мне предоставлена информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках федеральной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

## ДОГОВОР № \_\_\_\_\_ НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Москва

\_\_\_\_\_ 202\_г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Детская городская поликлиника № 58 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ДГП № 58 ДЗМ»), ОГРН 1037734006804, ИНН 7734252371, лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01137-77/00368337, выданной 09.07.2019г., выдана Департаментом здравоохранения города Москвы, срок действия: бессрочно (выписка из Единого реестра лицензий доступна на официальном сайте Росздравнадзора по адресу: <https://roszdravnadzor.gov.ru/services/licenses>), именуемое в дальнейшем «Исполнитель» в лице ГБУЗ «ДГП № 58 ДЗМ» \_\_\_\_\_, действующего на основании Доверенности \_\_\_\_\_, с одной стороны и

*Ф.И.О. родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет /*

*Ф.И.О. заказчика старше 15 лет при наличии письменного согласия на заключение договора от законного представителя /*

*ФИО лица, действующего в интересах потребителя с письменного согласия законного представителя потребителя /*

*Ф.И.О. совершеннолетнего пациента старше 18 лет*

именуемый в дальнейшем «Заказчик», действующий в интересах

*Ф.И.О. несовершеннолетнего пациента / Ф.И.О. совершеннолетнего пациента старше 18 лет*

являющегося потребителем по договору (далее – «Потребитель»), Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"), с другой стороны, в дальнейшем именуемые вместе «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

### 1. Предмет Договора.

1.1. Исполнитель берет на себя обязательство оказать Потребителю на возмездной основе «Медицинские услуги» (далее «Услуги») в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья граждан, а Заказчик обязуется принять и оплатить Услуги в размере, порядке и в сроки в соответствии с п. 3 настоящего Договора, а также выполнять требования, предъявляемые Исполнителем, направленные на обеспечение качественного предоставления медицинских услуг, включая сообщение необходимой для оказания медицинских услуг информации.

1.2. Перечень, стоимость, а также сроки оказания Услуг, предоставляемых по настоящему Договору, определяются Сторонами в спецификации, являющейся неотъемлемым приложением к договору.

1.3. Дополнительные медицинские услуги, необходимость в которых может возникнуть при предоставлении услуг, оформляется дополнительной спецификацией к договору, отражающей соглашение Сторон по изменению объема медицинских услуг и содержащей информацию, предусмотренную п. 1.2 настоящего Договора.

1.4. Исполнитель оказывает медицинские услуги на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации; порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми уполномоченным федеральным органом исполнительной власти и обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями; на основе клинических рекомендаций; с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

1.5. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

### 2. Права и обязанности сторон.

#### 2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Перед оказанием услуги получить у Заказчика/Потребителя в возрасте 15 лет и старше добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство, согласно п. 1.4 Договора.

2.1.2. Предоставлять Потребителю (его законному представителю) по его требованию и в доступной для него форме информацию о состоянии здоровья Потребителя, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения; об используемых при предоставлении Услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

2.1.3. По запросу, направленному в том числе в электронной форме, предоставлять отражающие состояние здоровья Потребителя медицинские документы (их копии) и выписки из них, в том числе в форме электронных документов. Порядок предоставления указанной информации регламентирован приказами Минздрава России: от 14.09.2020 N 972н "Об утверждении Порядка выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений"; от 31.07.2020 N 789н "Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них"; от 12.11.2021 N 1050н "Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента".

2.1.4. Обеспечить участие медицинского персонала, обладающего необходимой квалификацией для предоставления Услуг по настоящему Договору.

2.1.5. Незамедлительно извещать Заказчика о невозможности оказания Услуг по настоящему Договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению объема оказания Услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.1.6. Сохранить конфиденциальность информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии здоровья Потребителя (врачебной тайне).

## **2.2. Исполнитель имеет право:**

2.2.1. Получать от Заказчика/Потребителя информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредоставления либо неполного или неверного предоставления Заказчиком/Потребителем информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.

2.2.2. В случае необходимости привлекать сторонних специалистов для оказания Услуг

2.2.3. В случае возникновения объективных причин, препятствующих оказанию услуги, в том числе, но не исключая - возникновение медицинских противопоказаний для предоставления Услуг, а также неоплаты (неполной оплаты) Заказчиком медицинских Услуг, отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору.

2.2.4. В случае прекращения обязательств по Договору Исполнитель осуществляет возврат денежных средств Заказчику за вычетом фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору.

2.2.5. Отказаться от выполнения обязательств по Договору в случае неоплаты по Договору стоимости медицинских услуг на условиях, предусмотренных настоящим Договором.

2.2.6. Отказаться от выполнения обязательств по Договору в случае отказа от подписания Заказчиком/Потребителем документации (согласий, отказов), предусмотренных действующим законодательством РФ.

## **2.3. Обязанности Заказчика и Потребителя:**

2.3.1. Заказчик обязан своевременно и в полном объеме оплатить услуги в соответствии с Договором.

2.3.2. До начала оказания Услуг ознакомиться и подписать необходимые согласия и/или отказы, предусмотренные действующим законодательством РФ.

2.3.3. Потребитель обязан явиться за получением Услуг в назначенный день за 10 минут до назначенного времени. В случае невозможности явки заранее (не позднее 3-х часов) любым доступным способом известить об этом Исполнителя.

2.3.4. До начала оказания медицинской услуги информировать врача о перенесенных Потребителем заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, медицинских противопоказаниях применения каких-либо лекарств или процедур, а также дать другую известную ему информацию, влияющую на оказание Потребителю медицинских услуг.

2.3.5. Находясь на лечении, Потребитель (законный представитель Потребителя) обязан соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения пациентов в медицинских организациях (правила внутреннего распорядка медицинской организации).

2.3.6. Потребитель (законный представитель Потребителя) обязан выполнять предписания врача, информировать врача обо всех изменениях самочувствия Потребителя, а также иных обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг, в том числе, но не исключая прием лекарственных препаратов, не назначенных Исполнителем, а также получение медицинских слуг в других медицинских организациях.

2.3.7. После получения Услуги Заказчик обязан подписать акт выполненных Услуг, либо письменно указать в нем причину, по которой акт не может быть подписан.

2.3.8. В случае причинения материального ущерба Исполнителю в ходе оказания последним Услуг, возместить понесенные Исполнителем убытки.

## **2.4. Права Заказчика и Потребителя:**

2.4.1. В случае, когда такое право предоставлено Заказчику законом, а Потребителю - во всех случаях: получать от Исполнителя для ознакомления в доступной для понимания и восприятия форме любые сведения о состоянии здоровья Потребителя, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания.

2.4.2. В доступной форме получать информацию о:

- порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг;

- конкретном медицинском работнике, предоставляющем Услуги (его профессиональном образовании и квалификации);

- методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

- используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

2.4.3. Потребитель (законный представитель Потребителя) вправе отказаться от одного или нескольких медицинских вмешательств, оформив письменный отказ в установленном законом порядке. Отказ от медицинского вмешательства не влечет за собой расторжение Договора.

2.4.4. При отказе от медицинского вмешательства Потребителем (его законным представителем), а также при расторжении Договора Заказчик вправе получить назад уплаченные Исполнителю денежные средства за неоказанные Услуги за вычетом фактически понесенных Исполнителем расходов.

### **3. Условия и сроки предоставления Услуг**

3.1. Необходимым предварительным условием выполнения настоящего договора является наличие информированного добровольного письменного согласия Заказчика/Потребителя (в возрасте старше 15 лет) или законного представителя Потребителя в возрасте до 15 лет на медицинское вмешательство с соблюдением требований, установленных статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011г. N 323ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3.2. Настоящий Договор заключен на неопределенный срок и вступает в силу с момента его подписания. Факт оказания Услуг по настоящему договору подтверждается подписанием Акта оказания платных медицинских услуг.

3.3. Услуги по настоящему договору предоставляются в следующие сроки:

3.3.1. Начало оказания услуг - с момента подписания спецификации, содержащей перечень и стоимость услуг;

3.3.2. Окончание оказания услуг - в момент подписания Акта оказания платных медицинских услуг.

3.4. Сроки ожидания услуг не могут превышать сроки, установленные программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, действующей в г. Москве.

### **4. Стоимость услуг и порядок оплаты.**

4.1. Стоимость услуг, оказываемых по настоящему Договору, определяется согласно Прейскуранту платных медицинских услуг Исполнителя, действующему на момент подписания Сторонами Приложения № 1 к Договору (Спецификации), и количества необходимых услуг на основании спецификации.

4.2. По общему правилу оплата Заказчиком Услуг в размере 100% (ста процентов) производится до начала оказания Услуг в день подписания Приложения №1 к Договору (Спецификации), содержащей перечень, количество, стоимость Услуг и являющейся неотъемлемо частью Договора.

4.3. Возможен расчет с помощью банковских карт, а также путем перевода на лицевой счет организации.

4.4. В случае применения Сторонами иного порядка оплаты Услуг этот порядок, а также сроки оплаты Услуг регулируется спецификацией к настоящему Договору, оформленной в день обращения Заказчика за получением услуг либо дополнительным соглашением.

4.5. Стоимость Услуг может быть изменена Исполнителем только с согласия Заказчика (с учетом уточненного диагноза, сложности лечения и иных затрат на лечение), данные изменения к Договору должны быть произведены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами Договора. При возникновении необходимости оказания дополнительных Услуг по результатам обследования и лечения Сторонами подписывается отдельная спецификация.

### **5. Ответственность Сторон.**

5.1. Исполнитель несет ответственность за результаты оказания Услуги в соответствии с законодательством Российской Федерации в той мере, какая возможна при условии соблюдения и выполнения указаний (рекомендаций, предписаний, назначений) Исполнителя Потребителем, в том числе назначенного лечебно-охранительного режима.

5.2. Исполнитель не несет ответственности за результаты оказания Услуги вследствие влияющих на состояние здоровья правонарушений со стороны Заказчика/Потребителя, а также третьих лиц, не являющихся Стороной по Договору или представителем Стороны Договора.

5.3. Исполнитель несет ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации в случае причинения вреда жизни и здоровью Заказчика/Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги.

5.4. В случае неисполнения Заказчиком/Потребителем своих обязательств по настоящему Договору, Исполнитель имеет право в одностороннем порядке прекратить или приостановить выполнение своих обязательств. При этом возврат оставшейся суммы производится за вычетом фактически понесенных Исполнителем расходов.

5.5. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение (ненадлежащее исполнение) произошло в результате обстоятельств непреодолимой силы (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки; к форс-мажорным обстоятельствам также относятся решения органов власти и управления, препятствующие выполнению обязательств по настоящему договору).

5.6. Все споры и разногласия, возникшие между Сторонами по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров между Сторонами с соблюдением обязательного претензионного порядка, а в случае недостижения согласия – в судебном порядке.

5.7. Договором установлен обязательный досудебный порядок предъявления письменных претензий. Письменная претензия должна быть направлена стороной другой стороне Почтой России с уведомлением о вручении. Срок ответа на претензию не должен превышать 30 дней.

5.8. В остальных случаях Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством.

### **6. Порядок изменения и расторжения договора**

6.1. Изменения и дополнения к настоящему Договору оформляются письменно.

6.2. Любые изменения, касающиеся перечня (включая объем и кратность) и стоимости услуг оформляются спецификацией к настоящему Договору.

6.3. Расторжение Договора допускается по соглашению Сторон, по решению суда или в связи с односторонним отказом Стороны от исполнения Договора по основаниям, предусмотренным настоящим Договором, а также иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

## 7. Конфиденциальность.

7.1. Исполнитель обязуется охранять информацию о факте обращения Заказчика/Потребителя за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

7.2. С согласия Заказчика/Потребителя в возрасте старше 15 лет, а также законного представителя Потребителя в возрасте до 15 лет допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Потребителя.

7.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Заказчика/Потребителя (Законного представителя) допускается в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

7.4. Заказчик/Потребитель дает Исполнителю согласие на обработку персональных данных Заказчика/Потребителя в объеме, способами в соответствии с требованиями Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», исключительно для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

## 8. Особые условия.

8.1. Стороны пришли к соглашению об использовании при подписании настоящего Договора, а также всех приложений и дополнений к нему средств факсимильного воспроизведения подписи, приравненной к собственноручно подписи лица, от имени которого заключается договор, в порядке ст. 160 Гражданского кодекса РФ.

8.2. В целях оказания услуг по настоящему Договору и соблюдения законодательства о хранении и ведении медицинской документации Заказчик/Потребитель дает Исполнителю свое бессрочное согласие на обработку персональных данных Потребителя, в том числе сведений, составляющих врачебную тайну, в объеме и способами, предусмотренными федеральными законами от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

8.3. В общем порядке Услуга по настоящему Договору оказывается в ГБУЗ «ДГП № 58 ДЗМ» по адресу: г. Москва, ул. Твардовского, д. 5, кор. 4. В случае отсутствия по указанному адресу врача-специалиста, необходимого для оказания Услуги в полном объеме, Заказчик/Потребитель может быть направлен для получения Услуги по другому адресу, принадлежащему Исполнителю, входящему в перечень адресов, предусмотренных лицензией Исполнителя на оказание медицинской деятельности, о чем Исполнитель обязан заранее предупредить Заказчика/Потребителя.

8.4. Потребитель **имеет/не имеет** (нужное подчеркнуть) полис ОМС субъекта Российской Федерации города Москвы.

## 9. Адреса и реквизиты Сторон.

### ИСПОЛНИТЕЛЬ

ГБУЗ «ДГП № 58 ДЗМ»

Место нахождения:

123458 г. Москва, ул. Твардовского, д. 5, кор. 4

Департамент финансов города Москвы

(ГБУЗ «ДГП №58 ДЗМ» л/с 260544200830514)

Р/с 03224643450000007300

ЕКС 40102810545370000003

ОКЦ № 1 ГУ Банка России по ЦФО//УФК ПО Г.МОСКВА, г Москва

БИК 004525988

ИНН 7734252371

КПП 773401001

ОКПО 40099623

ОГРН 1037734006804

### ЗАКАЗЧИК

ФИО: \_\_\_\_\_

Паспорт: \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Выдан: \_\_\_\_\_

Адрес места жительства: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Заказчик является Потребителем ДА/НЕТ  
Заказчик является законным представителем  
Потребителя ДА/НЕТ

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись)

## СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения, паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

выдан: \_\_\_\_\_

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_

являясь пациентом/законным представителем (матерью, отцом, опекуном, попечителем) пациента

*(Фамилия, имя, отчество пациента в возрасте до 15 лет полностью, дата рождения)*

Адрес регистрации (если отличается) \_\_\_\_\_

настоящим даю свое согласие Государственному бюджетному учреждению здравоохранения города Москвы «Детская городская поликлиника № 58 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ДГП № 58 ДЗМ»), на обработку моих (в случае заполнения настоящего согласия пациентом) / моих и представляемого (в случае заполнения настоящего согласия законным представителем пациента) персональных данных в целях оказания медицинской помощи, а именно: в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг на возмездной основе: фамилия, имя, отчество; пол; год рождения; месяц рождения; дата рождения; место рождения; гражданство; данные документа, удостоверяющего личность; место жительства, адрес регистрации, дата регистрации; страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС); номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица (ОМС); анамнез; диагноз; семейное положение; социальное положение; образование; профессия; расовая принадлежность; состояние здоровья; состояние интимной жизни; сведения об организации, оказавшей медицинские услуги; вид оказанной медицинской помощи; условия оказания медицинской помощи; сроки оказания медицинской помощи; объем оказанной медицинской помощи; результат обращения за медицинской помощью; серия и номер выданного листка нетрудоспособности; сведения о проведенных медицинских экспертизах, медицинских осмотрах и медицинских освидетельствованиях и их результаты; примененные стандарты медицинской помощи; сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую помощь, проводивших медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования.

Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление действий в отношении моих (в случае заполнения настоящего согласия пациентом) / моих и представляемого (в случае заполнения настоящего согласия законным представителем пациента) персональных данных, которые необходимы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам для осуществления действий по обмену информацией, обезличивание, блокирование персональных данных, а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации на срок, установленный законодательством Российской Федерации для хранения данных персонифицированного учета и медицинской документации на бумажном носителе и в электронном виде.

Я проинформирован о том, что Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Детская городская поликлиника № 58 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ДГП № 58 ДЗМ»), является лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну в связи с чем ГБУЗ «ДГП № 58 ДЗМ» осуществляет обработку моих (в случае заполнения настоящего согласия пациентом) / моих и представляемого (в случае заполнения настоящего согласия законным представителем пациента) персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации как неавтоматизированным, так и автоматизированным способами.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах (интересах представляемого).

«\_\_» \_\_\_\_\_ Г.

Подпись/расшифровка \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

## Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н1 (далее — виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) **в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Детская городская поликлиника № 58 Департамента здравоохранения города Москвы»**

Медицинским работником \_\_\_\_\_

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

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, 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, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 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 (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

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

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

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество медицинского работника)

\_\_\_\_\_ г.