**Уведомление**

г. Воронеж \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Межрегиональный медицинский центр ранней диагностики и лечения онкологических заболеваний» (ООО «ММЦРДиЛОЗ»), лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01136-36/00570459 от 29 июня 2020 г., именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице генерального директора Азаренко Марка Александровича, действующего на основании Устава, уведомляет гражданина

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Ф.И.О. полностью, в случае несовершеннолетнего пациента - Ф.И.О. его законного представителя

именуемого в дальнейшем «Пациент», о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента (потребителя).

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель** | **Пациент** |
| Генеральный директорАзаренко Марк Александрович | Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись |

При невозможности получения подписи

пациента в связи с особенностями заболевания,

указывается Ф.И.О. его законного представителя

полностью и ставится его подпись

**Договор на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

г. Воронеж \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Межрегиональный медицинский центр ранней диагностики и лечения онкологических заболеваний» (ООО «ММЦРДиЛОЗ»), адрес осуществления лицензируемого вида деятельности: 394033, Россия, Воронежская область, г. Воронеж, ул. Остужева, д. 31, лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01136-36/00570459 от 29 июня 2020 г., (При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лечебному делу; рентгенологии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: детской онкологии; нейрохирургии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; радиологии; рентгенологии; ультразвуковой диагностике; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: детской онкологии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; рентгенологии; При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: радиологии; радиотерапии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности). При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: онкологии. Лицензия выдана Департаментом здравоохранения города Москвы, срок действия: бессрочно), именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице генерального директора Азаренко Марка Александровича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Ф.И.О. полностью, в случае несовершеннолетнего Пациента - Ф.И.О. его законного представителя

именуемый(ая) в дальнейшем **«Пациент»**, с другой стороны, а вместе именуемые **«Стороны»**, действуя свободно и добровольно, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. **Предмет Договора**
2. По настоящему Договору Исполнитель оказывает Пациенту платные медицинские услуги (услугу)(далее, медицинские услуги) а Пациент обязуется оплатить следующее:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Код медицинской услуги | Наименование медицинской услуги | Колич. мед. услуг, шт. | Стоимость ед. мед. услуги, руб. | Стоимость мед. услуги, руб. |
|  |  |  |  |  |  |

1. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии:
* Информированного добровольного согласия на обработку персональных данных;
* Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.
1. Пациент подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:
* ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. № 736);
* ознакомил его с действующим в медицинской организации Положением об использовании факсимиле подписи руководителя, утвержденным в установленном порядке;
* ознакомил его с действующим в медицинской организации Прейскурантом, утвержденным в установленном порядке;
* предоставил информацию о порядках оказания медицинской помощи, клинических рекомендациях и стандартах медицинской помощи;
* предоставил информацию о методах оказания ему медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
* уведомил его 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;

- уведомил его об обязательности соблюдения назначенного режима лечения, в том числе определенного на период его временной нетрудоспособности, и о «Правилах поведения Пациента в медицинской организации»;

* уведомил его о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента;
* проинформировал о медицинском работнике, отвечающем за предоставление платной медицинской услуги, его профессиональном образовании, квалификации и графике работы в соответствии с предметом Договора;
* ознакомил его с перечнем категорий пациентов, имеющих право на получение льгот, а также с перечнем льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг (при наличии);
* довёл до него информацию о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации, а также сообщил почтовый адрес или адрес электронной почты, на которые может быть направлено обращение (жалоба).
1. Стороны в соответствии со статьей 160 Гражданского кодекса Российской Федерации пришли к соглашению об использовании факсимиле уполномоченного лица Исполнителя. При этом факсимильная подпись будет иметь такую же силу, как и собственноручная подпись уполномоченного лица. Подписывая Договор, Пациент (или его Представитель) соглашается с использованием факсимиле уполномоченного лица Исполнителя.

По требованию Пациента документ, подписанный факсимиле, может быть заменен на документ, подписанный собственноручно уполномоченным лицом Исполнителя или представителем Исполнителя по доверенности.

1. Подписав настоящий Договор, Пациент подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе в его интересах и готов их оплатить за счет собственных средств, а также, что заключение Договора не является следствием ущемления его прав получения бесплатной медицинской помощи, ему в доступной форме была разъяснена информация о методах оказания медицинских услуг, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинских услуг. Пациент ознакомлен и согласен с условиями оказания и стоимостью медицинских услуг.
2. **Права и обязанности Сторон**
	1. **Исполнитель обязуется:**
		1. Своевременно и качественно оказывать услуги в соответствии с настоящим Договором.
		2. Предоставить Пациенту дополнительные медицинские услуги в случае, если в процессе оказания медицинских услуг Исполнителем потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
		3. В своей деятельности по оказанию медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты, дезинфекционные средства и изделия медицинского назначения, разрешенные к применению в установленном законом порядке.
		4. Обеспечить оказание качественных и безопасных медицинских услуг в соответствии с законодательством Российской Федерации. При оказании услуг рекомендовать и использовать методы профилактики, диагностики, медицинские технологии, лекарственные препараты и медицинские изделия, дезинфицирующие средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.
		5. Предоставить по требованию Пациента в доступной для него форме информацию:

- о состоянии его здоровья, 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 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.

* + 1. При предоставлении медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации.
		2. Немедленно извещать Пациента о невозможности оказания медицинских услуг по настоящему Договору.
		3. После исполнения Договора выдать Пациенту (законному представителю Пациента) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях.
		4. При предъявлении Пациентом требований, в том числе при обнаружении недостатков оказанной медицинской услуги, Исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей».
	1. **Исполнитель имеет право:**
1. Определять и рекомендовать в соответствии с медицинскими показаниями вид и объем медицинских услуг, необходимых для обследования Пациента.
2. Отказаться от исполнения Договора в одностороннем порядке при грубых нарушениях Пациентом предписаний лечащего врача, некорректном поведении по отношению к персоналу Исполнителя, неоднократных опозданиях на прием. При этом Исполнитель возвращает Пациенту денежные средства в размере стоимости медицинских услуг (п.3.1.) за исключением **фактически понесенных Исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по настоящему Договору** на момент отказа от исполнения Договора.
	1. **Пациент обязуется:**
3. Надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Пациентом настоящего Договора.
4. В целях наиболее полной оценки состояния Пациента предоставлять Исполнителю данные предыдущих исследований и консультаций специалистов (при их наличии), проведенных не Исполнителем, а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные препараты и медицинские изделия, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход оказания медицинских услуг, а также о курении табака, употреблении алкоголя, наркотических и токсических препаратов.
5. Не принимать алкогольсодержащие напитки, а также не принимать без назначения врача наркотики и лекарства, их содержащие, психотропные препараты.
6. Выполнять назначения и рекомендации Исполнителя в соответствии с предметом Договора, для получения максимально качественного результата медицинских услуг.
7. В случае любых изменений в состоянии здоровья и самочувствия в ходе медицинских услуг немедленно сообщать об этом Исполнителю.
8. В установленном законом порядке возместить убытки в случае причинения ущерба имуществу Исполнителя.
9. Являться для получения медицинской услуги в строго установленное время.
10. Заблаговременно информировать Исполнителя о необходимости отмены или изменении назначенного ему времени получения медицинских услуг.
11. Соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период его временной нетрудоспособности, «Правилах поведения Пациента в медицинской организации», правила техники безопасности и пожарной безопасности.
	1. **Пациент имеет право:**
12. Получить в доступной для него форме имеющуюся информацию о результатах оказания медицинских услуг, возможных вариантах дальнейших обследований, возможных вариантах обращения к профильным специалистам.
13. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. В случаях, когда состояние Пациента не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах Пациента решает врачебная комиссия, а в особых случаях лечащий врач.
14. В любой момент отказаться от медицинского вмешательства, оформив в письменной форме отказ от него (форма отказа утверждена Приказом МЗ РФ № 1177н от 20.12.2012 г. «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства …»).
15. В любой момент отказаться от исполнения Договора в одностороннем порядке, и получить возврат денежных средств в размере стоимости медицинских услуг (п.3.1.) за исключением **фактически понесенных Исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по настоящему Договору** на момент отказа от исполнения Договора.
16. **Стоимость медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты**
17. Стоимость медицинских услуг, оказываемых Пациенту по настоящему Договору, определяется в соответствии с Прейскурантом, действующим на момент заключения Договора, и соответствует \_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей. Скидка составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей. Итого к оплате подлежит \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(прописью)*

1. Оплата медицинских услуг производится полностью по факту оказания услуги наличными денежными средствами в кассе Исполнителя, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. Пациенту после оплаты медицинских услуг выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставляемых медицинских услуг (контрольно-кассовый чек).
2. **Условия и сроки ожидания медицинских услуг**
	1. Медицинские услуги оказываются Пациенту в соответствии с утвержденным графиком работы Исполнителя и условиями, соответствующими установленным требованиям.
	2. Медицинские услуги оказываются Пациенту в порядке предварительной записи, в случае невозможности явки Пациента в назначенную дату получения услуги по согласованию с Пациентом администратором назначается другая дата.
	3. Результаты оказания медицинских услуг выдаются Пациенту или его законному представителю в течение 3-х рабочих дней (в сложных случаях до 5-х рабочих дней) по выбранному им варианту (отметить выбранный вариант):

|  |  |
| --- | --- |
| выдача результатов на руки Пациенту или его законному представителю | □ |
| отправка результатов (в течение 2-х дней с момента завершения оформления результатов) почтой России по указанному Пациентом адресу (оплата за счёт Исполнителя) | □ |
| отправка результатов (в течение 2-х дней с момента завершения оформления результатов) почтовой системой Major Express по указанному Пациентом адресу (оплата за счёт Пациента) | □ |

1. **Конфиденциальность**
	1. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе и иные сведения, составляющие врачебную тайну.
	2. С согласия Пациента или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим лицам, указанным Пациентом или его законным представителем в Информированном добровольном согласии на медицинские вмешательства.
	3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Пациента или его законного представителя допускается в случаях, установленных ст. 61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан.
2. **Ответственность Сторон за невыполнение условий Договора**
	1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.
	2. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.
	3. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Пациентом неполной информации о своем здоровье.
	4. Стороны освобождаются от ответственности за исполнение обязательств в случае форс-мажорных обстоятельств.
3. **Порядок изменения и отказа от исполнения Договора**
	1. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору, или новым Договором. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны Сторонами.
	2. Любая Сторона вправе отказаться от исполнения Договора в одностороннем порядке, направив письменное уведомление другой Стороне. Договор прекращает свое действие с даты, указанной в уведомлении, но не ранее чем через 5 (пять) рабочих дней после получения уведомления другой Стороной.
4. **Заключительные положения**
	1. Договор на оказание медицинских услуг заключён в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.
	2. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, Стороны будут решать по возможности путем переговоров. При невозможности достижения согласий, спор подлежит передаче на рассмотрение суда, в соответствии с законодательством РФ.
	3. Договор вступает в силу после подписания его Сторонами с момента внесения 100 % предоплаты стоимости медицинских услуг, оказываемых Пациенту по настоящему Договору.
	4. Срок действия Договора определяется до полного исполнения Сторонами его условий.
5. **Юридические адреса и банковские реквизиты Сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель** |  **Пациент**  |
| ООО «ММЦРДиЛОЗ»394033, Россия, Воронежская область,г. Воронеж, ул. Остужева, д. 31 ОГРН 1123668003601 выдан МИФНС№ 12 по Воронежской областиИНН 3661055621Сайт: <https://onco36.ru/>Эл. почта: [office@onco36.ru](https://onco36.ru/office%40onco36.ru) |

|  |
| --- |
| Ф.И.О \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. |
| Паспорт РФ серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| кем выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| дата выдачи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. |
| Адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес электронной почты (при наличии):\_\_\_\_Тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 |
| Генеральный директорАзаренко Марк Александрович | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) |

МП

Приложение №1

к Договору №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_

на оказание платных медицинских услуг

**Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства**

г. Воронеж \_\_\_\_\_\_\_\_ г.

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина)

даю информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Код медицинской услуги | Наименование медицинской услуги |
|  |  |  |

а также 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. N 390н (далее - медицинские вмешательства), для получения мной медицинской помощи в Обществе с ограниченной ответственностью «Межрегиональный медицинский центр ранней диагностики и лечения онкологических заболеваний» (ООО «ММЦРДиЛОЗ»).

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснены последствия при отказе от медицинских вмешательств. Я информирован, что точно предсказать результат и исход медицинских вмешательств невозможно. Я понимаю, что любой из необходимых методов медицинского вмешательства сопряжен с рисками и может привести к потере трудоспособности. Гарантий относительно результатов медицинского вмешательства мне представлено не было.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств 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".

Я подтверждаю, что прочитал и понял все вышеизложенное, имел возможность обсудить все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с медицинскими вмешательствами. На все заданные вопросы я получил удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п. 5 ч. 3 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

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

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О. гражданина, при невозможности получения подписи Пациента в связи с особенностями заболевания, указывается Ф.И.О. его законного представителя полностью и ставится его подпись)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата оформления)

Утверждено приказом Министерства здравоохранения

Российской Федерации от 12 ноября 2021 г. № 1051н

**Информированное добровольное согласие**

**на медицинское вмешательство**

г. Воронеж \_\_\_\_\_\_\_\_ г.

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (адрес места жительства гражданина)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в [Перечень](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&demo=1&base=LAW&n=129546&date=14.02.2022&dst=100009&field=134) 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. № 390н (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 Обществе с ограниченной ответственностью «Межрегиональный медицинский центр ранней диагностики и лечения онкологических заболеваний»

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(должность, Ф.И.О. 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](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&demo=1&base=LAW&n=383567&date=14.02.2022&dst=608&field=134) 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:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

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

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О. гражданина)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата оформления)