

**БОЙРОК**  
№ 707 -ОД

**ПРИКАЗ**  
от «31» августа 2023 г.

Об утверждении типовых форм информированного добровольного согласия пациента на получение платных медицинских услуг и уведомления

В соответствии с постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 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 04.10.2012 №1006», в целях совершенствования порядка оказания платных медицинских услуг и унификации документации на предоставление платных медицинских услуг, ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить типовую форму информированного добровольного согласия пациента на получение платных медицинских услуг, в соответствии с приложением № 1 к настоящему приказу с 01.09.2023.

2. Утвердить типовую форму уведомления пациента о негативных последствиях несоблюдения указаний медицинской организации, в соответствии с приложением № 2 к настоящему приказу с 01.09.2023.

2. Заведующим структурными подразделениями, оказывающих платные медицинские услуги, организовать применение типовых форм при заключении договоров об оказании платных медицинских услуг с пациентами согласно адресной строке с 01.09.2023.

3. При выявлении использования вышеуказанных форм, не утвержденных настоящим приказом, виновные лица подлежат привлечению к ответственности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4. Документоведу Сулеймановой А.Т. ознакомить исполнителей указанных медицинских услуг с настоящим приказом.

5. Контроль исполнения настоящего приказа возложить на заместителя главного врача по медицинской части Шакурова Г.В и заместителя главного врача по экономическим вопросам Герасимову Е.М.

Главный врач



А.Р. Янышев

Исполнитель:  
Юридический отдел  
8(3476)38-65-00

Главному врачу ГБУЗ РБ ГБ г. Салават  
А.Р. Янышеву

от \_\_\_\_\_  
[Ф. И. О. пациента]

адрес проживания \_\_\_\_\_

паспорт \_\_\_\_\_

[серия, номер, кем и когда выдан]

**Информированное добровольное согласие  
пациента на получение платных медицинских услуг**

Я, \_\_\_\_\_,  
(ФИО пациента полностью)

настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в ГБУЗ РБ ГБ г. Салават.

Мне разъяснено и понятно мое право на получение бесплатной медицинской помощи, в том числе схожих медицинских услуг, в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками и условиями оказания и порядком оплаты медицинских услуг, предоставляемых ГБУЗ РБ ГБ г. Салават.

Я изъявляю желание заключить договор на оказание платных медицинских и иных услуг с ГБУЗ РБ ГБ г. Салават.

**Информацию до пациента довел:**

\_\_\_\_\_  
[подпись, инициалы, фамилия врача]

\_\_\_\_\_  
[число, месяц, год]

**Пациент:**

\_\_\_\_\_  
[подпись, инициалы, фамилия]

\_\_\_\_\_  
[число, месяц, год]

**Главному врачу ГБУЗ РБ ГБ**

**г. Салавата**

**А.Р. Яньшеву**

от \_\_\_\_\_

### **УВЕДОМЛЕНИЕ**

В соответствии с п. 24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 №736, настоящим подтверждаю, что до заключения договора о предоставлении мне платных медицинских услуг, уведомлен 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 моем состоянии здоровья.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф. И. О.)