Приложение № 1
к Договору № _____
оказания платных медицинских услуг
от «_____»_____ 2026__г.

Информированное добровольное согласие пациента на заключение договора на предоставление платных медицинских услуг

Я, пациент ФИО _____дата рождения _____, желаю получить платные медицинские услуги в ИП Сойфер А.Ю. (далее – медицинское учреждение) и готов заключить договор на предоставление платных медицинских услуг, при этом мне до заключения вышеуказанного договора работниками медицинского учреждения разъяснено и мною осознано следующее:

1) я получил(а) полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг, в том числе в других лечебных учреждениях (частной и государственной систем здравоохранения) в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий календарный год и плановый период и (или) Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в г. Москве на соответствующий календарный год и плановый период (далее – Программы). В данном случае я использую право расширенной свободы выбора при оказании медицинских услуг и выбираю альтернативный вариант лечения на платной основе.

2) я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками, условиями предоставления, порядком оказания и оплаты медицинских услуг в соответствии с договором;

3) несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя услуг (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой мне платной медицинской услуги, что в свою очередь может повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья;

4) я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие и понятные ответы на них.

Выражая согласие на предоставление мне платных медицинских услуг я использую возможность реализовать свое право, предоставленное мне статьей 84 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», на необходимую мне медицинскую помощь в режиме свободно выбираемой медицинской помощи, даже если входящие в состав данной помощи медицинские услуги я вправе получить в рамках правового режима бесплатной медицинской помощи, гарантированной государством.

5) я подтверждаю, что предоставил(а) медицинскому работнику полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, ранее перенесенных заболеваниях, операциях, наличии хронических заболеваний, аллергических реакций, непереносимости лекарственных препаратов, беременности (при наличии), а также иных обстоятельствах, которые могут повлиять на оказание медицинских услуг. Я предупрежден(а), что сокрытие или предоставление недостоверной информации о состоянии моего здоровья может привести к неблагоприятным последствиям для моего здоровья и освобождает медицинское учреждение и медицинских работников от ответственности за возможные осложнения, возникшие вследствие таких действий. Также часто добавляют короткую формулировку: 6) я обязуюсь незамедлительно сообщать медицинскому работнику обо всех изменениях состояния здоровья, возникших в процессе оказания медицинских услуг.

Мною добровольно, без какого-либо принуждения выбраны платные медицинские услуги, которые я хочу получить в медицинском учреждении и согласен(на) их оплатить в соответствии с действующим прейскурантом цен на платные медицинские услуги в медицинском учреждении, заключив соответствующий договор на предоставление платных медицинских услуг, в котором будет указан конкретный перечень платных(ой) медицинских(ой) услуг(и), в том числе, при необходимости, не предусмотренных условиями оказания медицинской помощи по Программам.

Подписывая настоящее информированное добровольное согласие я подтверждаю, что полностью ознакомился(ась) с его содержанием и полностью согласен(на) на предоставление предложенных мне платных медицинских услуг и даю письменное согласие на их получение в медицинском учреждении.

Паспорт или иной документ, удостоверяющий личность пациента: паспорт (серия, номер, кем и когда выдан)

Серия_____Номер_____Когда и кем выдан _____
_____

Код подразделения _____, место проживания_____
_____

_____ / _____

подпись Ф.И.О.

Образец