АДМИНИСТРАЦИЯ КАЛИНИНСКОГО
РАЙОНА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«Городская поликлиника № 96»

П Р И К А З

«01» 09 2023 № 317

«Об утверждении формы информированного добровольного согласия потребителя (заказчика) на оказание платных медицинских услуг в СПб ГБУЗ "Городская поликлиника №96»

В связи со вступлением в силу Постановления Правительства Российской Федерации от 11 мая 2023 года №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 октября 2012 года №1006»;

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить форму информированного добровольного согласия потребителя (заказчика) на оказание платных медицинских услуг в СПб ГБУЗ "Городская поликлиника №96».
2. С настоящим приказом ознакомить работников, осуществляющих оказание платных медицинских услуг.
3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя главного врача по общим вопросам Пирятинского Ф.А.

Приложения:

1. Форма информированного добровольного согласия потребителя (заказчика) на оказание платных медицинских услуг в СПб ГБУЗ "Городская поликлиника №96».

Временно исполняющий обязанности главного врача О.Е. Тера

Приложение №1 к Приказу №317 от «01» 09 2023

Информированное добровольное согласие потребителя (заказчика) на оказание платных медицинских услуг в СПб ГБУЗ "Городская поликлиника №96»

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
"__" _____ ____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)
_____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)
в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании законным представителем)
"__" _____ ____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)
_____
(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. N 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 _____
(полное наименование медицинской организации)

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. N 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 21ноября 2011 г. N 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 (не нужное 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) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

"__" _____ г.(дата оформления)