

Приложение  
к Положению о порядке оказания  
медицинских услуг на платной основе  
сверх Территориальной программы  
государственных гарантий оказания  
гражданам Российской Федерации  
бесплатной медицинской помощи  
на территории Кемеровской области

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА  
на предоставление медицинских услуг на платной основе

Главному врачу

\_\_\_\_\_  
(наименование ЛПУ, Ф.И.О.)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

На основании пункта 7 статьи 30 [Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан](#) я, \_\_\_\_\_, медицинская карта N \_\_\_\_\_ желаю получить платные медицинские услуги в \_\_\_\_\_. Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение о предлагаемых диагностических мероприятиях и лечении моего заболевания .

Мне разъяснено, что я могу получить бесплатно в рамках системы обязательного медицинского страхования и Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Кемеровской области, следующие диагностические процедуры и лечение, соответствующие моему заболеванию: \_\_\_\_\_

Мне также разъяснено, что я могу получить диагностические мероприятия и лечение моего заболевания вне рамок обязательного медицинского страхования и Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Кемеровской области по новым технологиям и с применением \_\_\_\_\_

Решение об отказе получения диагностики и лечения моего заболевания вне рамок обязательного медицинского страхования и Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Кемеровской области принято в связи с \_\_\_\_\_

---

---

---

Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(а) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним за счет своих личных средств и иных источников дохода, не запрещенных действующим законодательством.

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

Информацию до пациента довел: \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ подпись врача

\_\_\_\_\_ подпись пациента

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.