КЛИНИКА В СЕВЕРНОМ
Нефертити
Красиво быть здоровым.

ООО «НЕФЕРТИТИ»
Адрес: 680054, г. Хабаровск,
ул. Профессора Даниловского, 20
Тел.: (4212) 76-62-40
ИНН 2725064020 ОГРН 1072722005267
Лицензия № ЛО-41-01189-27/00342187

Согласие пациента на оказание медицинских услуг в объёме, превышающем стандарт медицинской помощи

СВЕДЕНИЯ О ГРАЖДАНИНЕ ИЛИ ЗАКОННОМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕ

Я, _____ __.__.____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу: _____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

в отношении _____ __.__.____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

зарегистрированный по адресу: _____

далее именуемый «Пациент» в соответствии с пунктом 11 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утверждены Постановлением Правительства РФ от 30.05.2026 г. № 659) даю согласие на предоставление мне или пациенту в ООО «Нефертити», медицинских услуг в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

Я осознанно подтверждаю, что все термины и определения, содержащиеся в настоящем документе мне разъяснены и полностью понятны.

Мне разъяснены и я понимаю все возможные последствия после оказания отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

У меня не осталось вопросов и не выясненных условий предоставления медицинских услуг.

Подпись Потребителя (Заказчика) _____ / _____/

Дата: __.__.____

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

СВЕДЕНИЯ О ГРАЖДАНИНЕ ИЛИ ЗАКОННОМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕ

Я, _____ __.__.____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу: _____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

в отношении _____ __.__.____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

зарегистрированный по адресу: _____

СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

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. № 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

ООО «Нефертити»
(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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

СВЕДЕНИЯ О ЛИЦАХ, КОТОРЫМ МОЖЕТ БЫТЬ ПЕРЕДАНА ИНФОРМАЦИЯ

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 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:

_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Подпись Потребителя (Заказчика) _____ / _____/

__.__.____ г