**приложение 1.**

**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**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина)
  "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. р,зарегистрированный по адресу: г. Саратов\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
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  МЗ и СР РФ от 23 апреля
2012 г. N 390н  (далее  -  Перечень),  для  получения первичной      медико-санитарной            помощи / получения первичной медико-санитарной  помощи  лицом,  законным  представителем   которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ГУЗ «СГП 4»\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                           (должность, Ф.И.О. 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 выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом  5части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 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 (ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(подпись)   (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(подпись)             (Ф.И.О. медицинского работника) "\_\_\_\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                   (дата оформления)

 **приложение 2.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

Даю свое официальное согласие администрации ГУЗ «СГП № 4» на обработку своих персональных данных, содержащихся в медицинской карте амбулаторного больного. Обработка персональных данных включает в себя их сбор, систематизацию, накопление, хранение использование с целью организации оказания медицинской помощи, на условиях и в пределах, установленных Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», а также предусмотренных действующим законодательством РФ. Данное соглашение действует на весь период нахождения на учете в ГУЗ «СГП № 4». Настоящее соглашение может быть отозвано путем передачи письменного заявления в администрацию ГУЗ «СГП № 4».

Подпись / / Дата « » 201\_\_г.

 **приложение 3.**

Государственное учреждение здравоохранения «Саратовская городская поликлиника № 4»

При заключении договора на оказание платных медицинских услуг

 потребителю (ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

предоставлена информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Отказ потребителя от заключения договора не является причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, представляемых потребителю без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Подпись потребителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись ответственного лица ГУЗ «СГП №4»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_