

Согласие

на осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

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 согласия законным представителем)

« _____ » _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

Действующий(ая) на основании _____

Настоящим при предоставлении мне (представляемому лицу) платных медицинских услуг в Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Городской противотуберкулезный диспансер» **прошу** предоставление платных медицинских услуг и осуществление медицинских вмешательств произвести в объеме, согласно Спецификации к Договору.

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

Перед дачей данного согласия мне разъяснены положения п. 11 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 30.05.2026г. № 659 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», согласно которому платные медицинские услуги предоставляются с учетом номенклатуры медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи. Просьба потребителя оформляется в форме письменного согласия заказчика (в случае если в соответствии с договором заказчик заказывает или приобретает платные медицинские услуги для себя) или в форме письменного согласия потребителя и заказчика (в случае если договор заключен заказчиком в пользу потребителя).

_____ (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

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

" _____ " _____ Г.
(дата оформления)