

Информированное добровольное согласие

на получение платных медицинских услуг и заключение договора оказания платных медицинских услуг (ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановление правительства РФ от 11.05.2023 г. №736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»).

Я, _____, паспорт _____, выдан _____,

(дата, кем)

до получения платной медицинской услуги в ГБУЗ «Стахановская ГСП» ЛНР и до заключения договора оказания платных медицинских услуг в доступной для меня форме, проинформирован (а) о нижеследующем:

- о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - программа) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - территориальная программа);
- о перечне платных медицинских услуг, предоставляемых ГБУЗ «Стахановская ГСП» ЛНР, о ценах на платные услуги, условиях, форме, порядке и сроках ожидания их предоставления и оплаты;
- о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, уровне их профессионального образования и квалификации;
- о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);
- мне предоставлена вся необходимая информация об учреждении, в том числе, о режиме работы учреждения, графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- о контролирующих органах, как по надзору в сфере здравоохранения, так и в сфере защиты прав потребителей (их адреса и телефоны), иная информация, предусмотренная правилами предоставления платных медицинских услуг;
- о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации, а также почтовый адрес и (или) адрес электронной почты, на которые может быть направлено обращение (жалоба).
- мне предоставлены все необходимые сведения о лицензиях (уведомлениях) ГБУЗ «Стахановская ГСП» ЛНР на осуществление медицинской деятельности, я ознакомлен(а) с перечнем услуг, составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензиями (уведомлениями);
- я информирован(а) о целях, характере, о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- я предупрежден(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья;
- я информирован(а), что отказ потребителя от заключения договора оказания платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы ОМС в рамках Тарифного соглашения;
- мною добровольно, своей волей и в своем интересе, без какого-либо принуждения, выбраны виды платных медицинских услуг, которые я хочу получить в ГБУЗ «Стахановская ГСП» ЛНР, я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом на платные медицинские услуги в ГБУЗ «Стахановская ГСП» ЛНР и согласен(а) их оплатить в соответствии с ним.

Мне разъяснено, и я полностью осознаю, что проводимое мне лечение (диагностическое обследование) не гарантирует 100% результат и что как при предоставлении медицинских услуг, так и после их предоставления, возможны различные осложнения, обусловленные индивидуальными биологическими особенностями организма.

Я полностью согласен(а) с тем, что используемая при моем лечении (диагностическом обследовании) технология не может на 100% исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных индивидуальными биологическими особенностями организма, и в том случае, если предоставленная медицинская услуга была осуществлена с учетом всех необходимых требований, ГБУЗ «Стахановская ГСП» ЛНР не несет ответственности за их возникновение.

Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения (диагностического обследования) я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей ГБУЗ «Стахановская ГСП» ЛНР.

Я, получив полную информацию о возможности и условиях оказания пациенту бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС, хочу воспользоваться своим правом на получение платных медицинских и иных услуг, даю свое согласие на их получение и готов(а) их оплатить.

Я удостоверяю, что текст настоящего информированного согласия мною прочитан, его положения мне понятны, я даю свое согласие на получение и оплату платных медицинских и иных платных услуг в ГБУЗ «Стахановская ГСП» ЛНР и на заключение договора оказания платных медицинских услуг.

(подпись потребителя/ законного представителя/ заказчика)

(расшифровка подписи)