

Информированное добровольное согласие пациента на предоставление платных медицинских услуг

Главному врачу ГАУЗ «ООКСЦТО» Пупынину Д.Ю.

На основании ст. 19, 20, 21, 22, 23, 54, 80 и 84 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 №323-ФЗ, получил(а) информацию об информированном добровольном согласии, как предварительном условии для медицинского вмешательства, о моем праве пациента (представляемого) на медицинскую помощь, о получении платных услуг, предусмотренных программой государственных гарантий на добровольной основе для достижения лучших результатов лечения и в соответствии с требованиями «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 г. №736 я, _____ (Ф.И.О), дата рождения: _____ г. , паспорт: серия _____ № _____ выдан _____, в рамках Договора № _____ от _____ г., желаю получить платные медицинские услуги в ГАУЗ «ООКСЦТО» (далее — Центр), место нахождения: 460000, Оренбургская область, городской округ город Оренбург, город Оренбург, улица Постникова, дом 11, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я ознакомился (ась) с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, об условиях и сроках получения бесплатной медицинской помощи информирован(а). Мне в доступной форме предоставлена информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я совершенно осознанно понимаю, что могу воспользоваться нормами Конституции Российской Федерации (ч.1, ст 41), декларирующей мне право на бесплатную медицинскую помощь в государственных или муниципальных учреждениях здравоохранения. В данном случае я использую право расширенной свободы выбора при получении медицинской помощи при моем заболевании и выбираю альтернативный вариант лечения на платной основе. Я ознакомлен (а) с тем, что могу получить аналогичную медицинскую помощь также в других медицинских учреждениях на других условиях. Получив от сотрудников ГАУЗ «ООКСЦТО» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в данном учреждении, даю свое согласие на предоставление мне платных медицинских услуг и выражаю свое волеизъявление их оплатить.

2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и одновременно несколько видов медицинских услуг.

3. Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат, и что при проведении операции и после нее, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.

4. Я согласен(а) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Центр не несет ответственности за их возникновение.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(а) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей ГАУЗ «ООКСЦТО». Несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, предоставляющего платную медицинскую услугу, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения, отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья, а так же снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, что может повлечь за собой невозможность ее завершения в срок.

6. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги именно в ГАУЗ «ООКСЦТО».

7. Я согласен (а) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях, с учетом сохранения врачебной тайны.

8. Я проинформирован (а), что платные медицинские услуги не гарантируют внеочередного получения услуги. Я так же проинформирован что в рамках договора № _____ от _____ ._____.202_____ указана предварительная стоимость предложенного мне лечения. В соответствии с п. 3.1.8 и 4.1 договора предоставления платных медицинских услуг, готов(а) оплатить все необходимые дополнительные медицинские и не медицинские услуги, при условии заключения дополнительного соглашения к настоящему договору или нового договора.

9. Я ознакомлен (а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, мне была представлена возможность задать вопросы врачу и на все вопросы, мною были получены полные, исчерпывающие и удовлетворительные ответы. Настоящим даю свое согласие на предложенные виды медицинских и не медицинских услуг.

Дата: _____

Подпись/расшифровка:

_____ / _____

Для лиц, которые производятся оплату за потребителя, за оказанные ему платные медицинские услуги

С условиями настоящего документа ознакомлен(на). Согласен(на) принять на себя финансовые обязательства по договору № _____ от _____ оплату внес: супруг (а), отец, мать, сын, дочь, усыновитель, попечитель; лицо действующее по доверенности, юридическое лицо (нужное подчеркнуть)

Дата: _____ Подпись/расшифровка _____ / _____