

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

на предоставление медицинских услуг на платной основе

(п. 28 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 N 1006)

Главному врачу ЧУЗ «РЖД-Медицина» г.
Калининград»

Я, _____
(ФИО пациента)

проинформирован(на) о том, что могу получить медицинскую помощь бесплатно, в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Калининградской области и (или) целевыми программами, в объеме соответствующего стандарта оказания медицинской помощи, в том числе в других лечебных учреждениях и подтверждаю свое согласие на получение платных медицинских услуг в частном учреждении здравоохранения «Больница «РЖД-Медицина» города Калининград».

Решение об отказе от получения медицинской помощи бесплатно по программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Калининградской области (или) целевыми программами, принято мною самостоятельно, добровольно, осознано, по праву расширенной свободы выбора альтернативного варианта лечения на платной основе (получение платных медицинских услуг) и по моему желанию получить платные медицинские услуги:

- на иных условиях, чем предусмотрено программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и (или) целевыми программами;
- анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;
- как гражданин иностранного государства, лицо без гражданства, граждан Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и/или не являющимся лицом застрахованными по обязательному медицинскому страхованию;
- при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг.

(нужное отметить)

Я уведомлен(а) о том, что платные медицинские услуги будут мне оказаны в объеме стандарта медицинской помощи и/или по моей просьбе в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(а) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним за счет своих личных средств и иных источников дохода, не запрещенных действующим законодательством.

Я уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой мне платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положениями Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Закона Российской Федерации от 07.02.92 N 2300-1 «О защите прав потребителей», Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 N 1006), положения которых мне разъяснены, мне понятны.

Я подтверждаю, что владею русским языком, получил исчерпывающую информацию о предлагаемых мне медицинских услугах в доступной для меня форме, и выбираю оказание платных медицинских услуг, о чем свидетельствует моя подпись под этим документом

Подпись пациента _____

"__" _____ 20__ г.

Информацию до пациента довел:

(подпись, Ф.И.О. медицинского работника)