

Информированное добровольное согласие на предоставление медицинских услуг на платной основе

На основании ч.2. ст. 19, ст.84 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» я, _____,

(Ф.И.О. для лиц старше 15 лет)

Паспортные данные _____,

желаю получить платные медицинские услуги в ГБУЗ СО «ОДКБ №1».

Я _____

(Ф.И.О. законного представителя для лиц младше 15 лет)

Паспортные данные _____

Даю согласие на предоставление медицинских услуг _____

(Ф.И.О)

Дата рождения _____

Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение о предлагаемых диагностических мероприятиях и лечении моего заболевания.

Мне разъяснено, какие диагностические процедуры и лечение, соответствующие заболеванию можно получить бесплатно, в рамках системы обязательного медицинского страхования и Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Свердловской области.

Мне также разъяснено, какие диагностические мероприятия и лечение заболевания можно получить на платной основе.

Решение об отказе получения диагностики и лечения заболевания в рамках обязательного медицинского страхования и Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Свердловской области принято в связи с тем, что услуги оказываются на иных условиях, чем предусмотрено Территориальной программой и целевыми программами в том числе:

- 1) установление индивидуального поста медицинского наблюдения при лечении в условиях стационара;
- 2) применение лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, если их назначение и применение не обусловлено жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, входящих в указанный перечень;
- 3) применение медицинских изделий, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, не предусмотренных стандартами медицинской помощи;
- 4) сверх объемов медицинской помощи, установленных государственным заданием;
- 5) сверх стандартов медицинских технологий, утвержденных для моего заболевания, или при отсутствии медицинских показаний;
- 6) при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг (без направления лечащего врача), за исключением случаев и порядка, предусмотренных статьей 21 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- 7) гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию;

Я ознакомлен(а) с действующим в учреждении Прейскурантом цен 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 ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

_____ подпись пациента, или законного представителя

« ____ » ____ 20 ____ г.

Информацию до пациента довел: _____

(должность, ФИО)

_____ подпись представителя ГБУЗ СО «ОДКБ №1» « ____ » ____ 20 ____ г.