

КГБУЗ «НЦРБ»

**ИНФОРМАЦИОННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на оказание/получение платных медицинских и иных услуг**

Я, _____

_____ года рождения, находясь в здравом уме и ясном сознании, понимая значение своих действий и руководствуясь ими, самостоятельно обратился за получением платных медицинских услуг и дополнительных сопутствующих услуг, неотделимых и неразрывно связанных с оказанием медицинской помощи, и обязуюсь оплатить обследование и лечение в амбулаторных/стационарных условиях в соответствии с Договором на оказание и оплату услуг, заключённому между мною и Центром, в том числе в пользу третьих лиц.

Я ознакомлен(-а):

– со ст. 41 Конституции Российской Федерации, дающей мне право получить медицинскую помощь в **государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, оказываемую бесплатно за счёт средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.**

– с п. 1 ст. 19 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ, в соответствии с которой я имею право на получение медицинской помощи в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации;

– со ст. 19, 84, п. 2 ст. 19 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ, в соответствии с которыми я имею право на получение платных медицинских услуг; предоставляемых по желанию при оказании медицинской помощи, и платных медицинских услуг (бытовых, сервисных, транспортных и иных услуг), предоставляемых дополнительно при оказании медицинской помощи;

– с постановлением Правительства Российской Федерации от 04 октября 2012 г. № 1006, в соответствии с которым медицинские организации, участвующие в реализации программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеют право предоставлять платные медицинские услуги при самостоятельном обращении за медицинской помощью и/или на иных условиях, чем предусмотрено территориальными и/или целевыми программами бесплатного оказания медицинской помощи, как в полном объёме стандарта медицинской помощи (схемы ведения пациентов), так и в виде отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объёме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи или оказываемом сверх установленного государственного задания;

– со ст. ст. 44, 47 ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29 ноября 2010 г. №326-ФЗ, ст. 9 ФЗ «О защите персональных данных» от 27 июля 2006 г. 152-ФЗ и добровольно даю согласие на ведение персонифицированного учёта сведений, необходимых для организации и оказания медицинской помощи мне, как Пациенту.

Я получил(-а) полное и всестороннее разъяснение о своих правах и обязанностях в соответствии со ст. ст. 18, 19, 20, 21, 22, 23, 27 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ, а также о предлагаемых и альтернативных методах обследования и лечения своего заболевания, о приблизительной стоимости услуг в соответствии с действующим Прейскурантом,

условиях и ограничениях при их оказании (перечень и стоимость медицинских услуг согласованы со мной), и **ОТКАЗЫВАЮСЬ от бесплатного получения медицинской помощи в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в порядке и на условиях, установленных законодательством Российской Федерации.**

Я проинформирован(-а), что Фондом обязательного медицинского страхования, а также страховыми медицинскими организациями возмещение затрат на платные медицинские услуги гражданам не осуществляется. Возмещение затрат осуществляется в форме социального налогового вычета и в порядке, установленном Постановлением Правительства Российской Федерации от 19 марта 2001 г. № 201 «Об утверждении перечней медицинских услуг и дорогостоящих видов лечения в медицинских учреждениях Российской Федерации, лекарственных средств, суммы оплаты которых за счёт собственных средств налогоплательщика учитываются при определении суммы социального налогового вычета».

Я получил(-а) полное и всестороннее разъяснение о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, в том числе назначенного режима лечения и диеты, по ограничению (отказу) употребления спиртных напитков; отказ от госпитализации и медицинского вмешательства; несвоевременное обращение за медицинской помощью могут снизить качество предоставляемой медицинской помощи, повлечь за собой невозможность её совершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я получил(-а) полное и всестороннее разъяснение, что используемые технологии медицинской помощи не могут полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных индивидуальными особенностями организма; тяжестью основного и сопутствующих заболеваний; прогностически неблагоприятным течением заболевания; появлением ранее неизвестных (скрытых) обстоятельств, информация о которых могла повлиять на выбор тактики лечения и прогноз; несовершенством медицины и отсутствием стопроцентных гарантий достижения результата у применяемых на современном уровне здравоохранения методик и технологий, а также возможных неблагоприятных последствий выполнения указаний Пациента о способе исполнения работ (выбор методик, времени и места получения услуг), в том числе с использованием материалов Пациента (Заказчика).

Я получил(-а) полное и всестороннее разъяснение о том, что в случае возражений и претензий по качеству полученных услуг я должен сообщить об этом до момента окончательного расчёта за оказанные медицинские услуги. В случае неполучения претензий в течение трёх рабочих дней услуги считаются выполненными в полном объёме и с надлежащим качеством.

Я согласен(-а) на осмотр другими медицинскими работниками.

Я согласен(-а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и понятны, **добровольно даю своё согласие и настаиваю на обследовании и/или лечении на возмездной основе за счёт своих личных средств и иных источников дохода, не запрещённых действующим законодательством, в КГБУЗ «НЦРБ».**

Пациент _____

(Ф.И.О. полностью и подпись)