

**Информированное добровольное согласие
на получение платных медицинских услуг и заключение договора оказания
платных медицинских услуг**

Я, гражданин (ка) _____
(ФИО, прописывается полностью, паспортные данные)

до получения платной медицинской услуги в ГБУЗ РА «Тахтамукайская ЦРБ» 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 реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в ГБУЗ РА «Тахтамукайская ЦРБ»;
- о перечне платных медицинских услуг, предоставляемых ГБУЗ РА «Тахтамукайская ЦРБ» (Исполнитель), о ценах на платные услуги, условиях, форме и порядке их предоставления и оплаты;
- о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, уровне их профессионального образования и квалификации;
- мне предоставлена вся необходимая информация об учреждении, в том числе, о режиме работы учреждения, графике работы медицинских работников;
- мне предоставлены все необходимые сведения о лицензиях ГБУЗ РА «Тахтамукайская ЦРБ» на осуществление медицинской деятельности, я ознакомлен(а) с перечнем работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензиями;
- я информирован(а) о целях, характере, факторах риска и возможных осложнениях при оказании платных медицинских услуг;
- 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;
- мною добровольно, своей волей и в своем интересе, без какого-либо принуждения, выбраны виды платных медицинских услуг, которые я хочу получить в ГБУЗ РА «Тахтамукайская ЦРБ», я ознакомлен (-а) с действующим прейскурантом на платные медицинские и иные платные услуги в ГБУЗ РА «Тахтамукайская ЦРБ» и согласен(-на) их оплатить в соответствии с ним.

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 информированное согласия мною прочитан, его положения мне понятны, я даю свое согласие на получение и оплату платных медицинских и иных платных услуг в ГБУЗ РА «Тахтамукайская ЦРБ» и на заключение договора оказания платных медицинских и иных услуг.

_____/ _____
(подпись потребителя/ законного представителя (заказчика) (расшифровка подписи)

_____/ _____
(подпись медицинского работника) (расшифровка подписи)

« ____ » _____ 20 ____ г

*сведения о лицензиях на медицинскую деятельность, полный перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензиями, размещены на сайте ГБУЗ РА «Тахтамукайская ЦРБ» в сети «Интернет» а также на информационных стендах медицинской организации