

Информированное добровольное согласие

на предоставление медицинских услуг на платной основе

г. Бузулук " _____ " _____ 2015 г.

Я, пациент _____, желаю получить платные медицинские услуги в ГБУЗ «БПТД», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее.

1. Я, получив от сотрудников полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.

2. Решение об отказе получения диагностики и лечения моего заболевания в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи принято в связи с тем, что услуги оказываются:

а) на иных условиях, чем предусмотрено программами получения бесплатной медицинской помощи, включая в том числе:

- установление индивидуального поста медицинского наблюдения при лечении в условиях стационара;

- 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, а также применение медицинских изделий, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, не предусмотренных стандартами медицинской помощи;

- в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, установленного для моего заболевания.

б) при предоставлении медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

в) 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, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации;

г) при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных ст. 21 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», и случаев оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и медицинской помощи, оказываемой в неотложной или экстренной форме.

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

4. Я осознаю и понимаю, что несоблюдение мною указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на моем состоянии здоровья.

5. Я ознакомлен (-на) с действующим в учреждении прейскурантом цен и согласен (-на) заключить договор оказания платных медицинских услуг.

6. Я ознакомлен (-на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

Настоящее согласие подписано пациентом на приеме у лечащего врача после проведения разъяснительной беседы.

_____ (_____)

(подпись) (Ф.И.О.)

Информацию до пациента довел:

(должность, ФИО)