

# ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОРЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УНИТАРНОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ ОРЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

«САНАТОРИЙ «ДУБРАВА»

## Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг и заключение договора об оказании платных медицинских услуг

Я, \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

до получения платной медицинской услуги в ГУП Орловской области «Санаторий «Дубрава» и до заключения договора об оказании 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,

- о перечне платных медицинских услуг, предоставляемых ГУП Орловской области «Санаторий «Дубрава» (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;

- о контролирующих органах, как по надзору в сфере здравоохранения, так и в сфере защиты прав потребителей (их адреса и телефоны), иная информация, предусмотренная правилами предоставления платных медицинских услуг.

- мне предоставлены все необходимые сведения о лицензиях ГУП Орловской области «Санаторий «Дубрава» 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 ГУП Орловской области «Санаторий «Дубрава»,

я ознакомлен (а) с действующим прейскурантом на платные медицинские услуги в ГУП Орловской области « Санаторий «Дубрава» 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 услуг, даю свое согласие на их получение и готов (а) их оплатить.

Я удостоверяю, что текст настоящего информированного согласия мною прочитан, его положения мне понятны, я даю свое согласие на получение и оплату платных медицинских услуг в ГУП Орловской области «Санаторий «Дубрава» и на заключение договора оказания платных медицинских услуг.

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, ФИО медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели оказания медицинской услуги, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а так же предлагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, или требовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я удостоверяю, что текст настоящего информированное согласия мною прочитан, его положения мне понятны, я даю свое согласие на получение и оплату платных медицинских услуг в ГУП Орловской области «Санаторий «Дубрава» и виды медицинских вмешательств, связанные с оказанием этих услуг в соответствии с перечнем, утвержденным Приказом Минздравсоцразвития России от 23.04.2012 N 390н.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состояния лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (ФИО гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (ФИО гражданина или законного представителя, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (ФИО медицинского работника)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.