

Приложение № 1 к приказу
от 12.03.2024 № 148

Приложение № 1
к договору на оказание платных
медицинских услуг
от « » _____ 20 г.

Информированное добровольное согласие пациента на получение платных медицинских услуг

Я, _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)
« » _____ года рождения, проживающая проживающий(ая) по адресу: _____

настоящим подтверждаю свое добровольное согласие и желание на получение платных медицинских услуг в государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Областной онкологический диспансер».

Мне разъяснено, что планируемая медицинская услуга проводится в различных медицинских учреждениях. Решение о выборе лечебного учреждения – ГБУЗ «Областной онкологический диспансер», принято мною самостоятельно, добровольно и осознанно.

Мне разъяснена альтернативная возможность получения медицинской помощи бесплатно при предоставлении необходимых документов (полис ОМС, направление и проч.) в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Иркутской области. Я отказываюсь от возможности получить выбранную медицинскую услугу бесплатно.

При этом Исполнитель в доступной для меня форме:

- ознакомил с Положением о предоставлении платных медицинских услуг в ГБУЗ ООД;
- ознакомил с действующим в Учреждении Перечнем оказываемых медицинских услуг, прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденными Учреждением в установленном порядке;
- уведомил о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя (заказчика), в случае чего Исполнитель ответственности не несет.

Настоящее соглашение мною прочитано и подписано после проведения разъяснительной беседы и ознакомления с информацией о порядке предоставления платных медицинских услуг и является приложением к договору на оказание платных медицинских услуг. Своей подписью подтверждаю, что текст настоящего согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и я с ними согласен.

***Для иностранных граждан:**

В соответствии с с Федеральным законом от 18.07.2006 г. № 109-ФЗ «О миграционном учете иностранных граждан и лиц без гражданства в Российской Федерации», приказом МВД России от 09.07.2018 г. № 435 «Об утверждении Порядка предоставления администрациями гостиниц, санаториев, домов отдыха, пансионатов, кемпингов, туристских баз, медицинских организаций или других подобных учреждений, учреждений уголовно-исполнительной системы, исполняющих наказания в виде лишения свободы или принудительных работ, информации о регистрации и снятии граждан Российской Федерации с регистрационного учета по месту пребывания в территориальные органы МВД России и Типовой формы соглашения об информационном взаимодействии» я, _____,

гражданин _____
согласен на передачу моих данных в ГУ МВД России по Иркутской области.

Дата: « » _____ 20 г.

Подпись

Ф.И.О.