ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

в рамках договора о предоставлении платных медицинских услуг, желаю получить медицинские услуги в государственном учреждении здравоохранения «Клиническая больница № 5», расположенного по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я получил(а) от сотрудников учреждения здравоохранения полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в данном учреждении в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – программа, территориальная программа соответственно) и даю свое согласие на предоставление мне платных медицинских услуг.
2. Согласно моему волеизъявлению, медицинская услуга оказывается мне на платной основе по моему желанию:
   1. На иных условиях, чем предусмотрено программой, территориальной программой и (или) целевыми программами пп.1 п.5 ст.84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»):
      1. Как гражданину, не имеющему полиса обязательного медицинского страхования и документа, удостоверяющего личность, либо имеющим указанные документы, оформленные ненадлежащим образом, за исключением медицинской помощи в экстренной форме (ст.ст. 11, 19 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст.ст. 10, 16 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», абз.2 раздела I «Обеспечение прав граждан при оказании медицинской помощи» приложения 3 к Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Волгоградской области на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов «Порядок и условия бесплатного оказания медицинской помощи в медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы, порядок и размеры возмещения расходов, связанных с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме медицинскими организациями, не участвующими в реализации территориальной программы» (далее – Приложение 3 к территориальной программе));
      2. При отсутствии медицинских показаний, включая при первичной медико-санитарной помощи, в том числе специализированной, выполнение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)) (пп.4 п.2.4. раздела III «Условия и порядок оказания медицинской помощи» Приложения 3 к Территориальной программе);
      3. Вне очереди, включая пациентам при плановой госпитализации в стационарные подразделения, желающим получить эту услугу вне очереди (с оформлением отказа пациента от сроков назначенной плановой госпитализации в журнале ожидания плановой госпитализации) (пп.3 п.2.5 раздела III «Условия и порядок оказания медицинской помощи» Приложения 3 к Территориальной программе);
      4. Создание условий пребывания в стационарных условиях, в том числе за предоставление спального места и питания, одному из родителей, иному члену семьи или иному законному представителю при совместном нахождении с ребенком в возрасте старше четырех лет при отсутствии медицинских показаний, за исключением нахождения с ребенком-инвалидом независимо от возраста, который в соответствии с индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выданной по результатам проведения медико-социальной экспертизы, имеет ограничения основных категорий жизнедеятельности человека второй и (или) третьей степеней выраженности (ограничения способности к самообслуживанию, и (или) самостоятельному передвижению, и (или) ориентации, и (или) общению, и (или) обучению, и (или) контролю своего поведения) (п. 3.11 раздела III «Условия и порядок оказания медицинской помощи» Приложения 3 к Территориальной программе);
      5. Предоставление услуг, не входящих в программу, территориальную программу (п.2 ст.19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»);
      6. Показанием медицинских услуг сверх объемов предоставления медицинской помощи, подлежащей оплате за счет средств обязательного медицинского страхования территориальным фондом и страховой медицинской организацией в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (п.1 ч.1 ст.20, ст.39 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»)
   2. На иных условиях, чем предусмотрено программой, территориальной программой и (или) целевыми программами в следующих случаях:
      1. Назначение и применение по медицинским показаниям 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 не закупаемых за счет бюджетных ассигнований бюджетов всех уровней бюджетной системы Российской Федерации;
      2. Применение медицинских изделий, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, не закупаемых за счет бюджетных ассигнований бюджетов всех уровней бюджетной системы Российской Федерации и не подлежащих оплате в рамках программы и территориальной программы;
      3. Установление индивидуального поста медицинского наблюдения при оказании медицинской помощи в стационарных условиях при отсутствии медицинских показаний к установлению индивидуального поста медицинского наблюдения;
   3. Анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;
   4. 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;
   5. При самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением:
      1. Случаев оказания медицинской помощи в экстренной форме, которая оказывается гражданам медицинской организацией и медицинскими работниками безотлагательно и бесплатно, отказ в оказании которой не допускается;
      2. Случаев и порядка, предусмотренных ст. 21 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
3. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько или целый комплекс платных медицинских услуг, что услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.
4. Мне разъяснено, и я полностью осознаю, что проводимое мне лечение не гарантирует 100 % результат и что как при предоставлении медицинских услуг, так и после их предоставления, возможны различные осложнения, обусловленные индивидуальными биологическими особенностями организма.
5. Я полностью согласен(а) с тем, что используемая при моем лечении технология не может на 100 % исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных индивидуальными биологическими особенностями организма, и в том случае, если представленная медицинская услуга была осуществлена с учетом всех необходимых требований, учреждение здравоохранения не несет ответственности за их возникновение.
6. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения и рекомендации врачей учреждения здравоохранения.
7. Мною добровольно, без какого-либо принуждения, и по согласованию с врачом были выбраны следующие виды медицинских услуг, которые я желаю получить на платной основе: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. Я ознакомлен(а) с действующим в учреждении здравоохранения Перечнем цен на платные медицинские услуги и согласен(-на) оплатить стоимость медицинской(-их) услуг(-и) в соответствии с ним.
9. Виды выбранных мною и согласованных с врачом платных медицинских услуг, я согласен(на) оплатить в кассу учреждения либо безналичным перечислением на лицевой счет учреждения в сумме: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
10. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных заведениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной(ых) медицинской(их) услуг(и) в ГУЗ «КБ № 5».
11. Настоящее Информированное согласие мной внимательно прочитано, претензий и замечаний к данному мною информированному согласию не имеется, в связи с чем я даю согласие на проведение вышеуказанных медицинских услуг.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Потребитель/Законный представитель/Представитель** |  | **Заказчик** |  | **Исполнитель** |
| ФИО:  Дата рождения:  Место жительства:  Банковские реквизиты:  Контактный телефон  Документ, удостоверяющий личность: |  | ФИО:  Дата рождения:  Место жительства:  Банковские реквизиты:  Контактный телефон  Документ, удостоверяющий личность: |  | ГУЗ «КБ № 5»  400009, г. Волгоград, ул. им. Пельше, 2  Телефон: приемная (8442) 71-03-44  ОГРН 1023402637950  ИНН/КПП 3442007544 /344201001 |
|  |  |  |  | Главный врач |
|  |  |  |  |  |
| (подпись) |  | (подпись) |  | Д.В. Орлов |