

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

На основании п.2 ст. 19 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», № 323 – ФЗ от 21.11.2011 г., в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации № 1006 от 04.10. 2012 г. «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»

я _____ (Ф.И.О.)
_____ (дата рождения), зарегистрированный(ная) по адресу:

_____ желаю получить платные медицинские услуги в ФГБНУ «ИНЦХТ» (далее – ИНЦХТ), при этом:

1. Я ознакомился (ась) с «Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Иркутской области на 2019 год и плановый период 2020 и 2021 годов», утвержденной Постановлением Правительства Иркутской области № 965-пп от 26 декабря 2018 года.

2. Мне предоставлена в доступной форме полная информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – программа, территориальная программа).

3. Я самостоятельно и добровольно обращаюсь за получением платных медицинских услуг.

4. Мне в доступной форме предоставлена полная информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Я получил(а) информацию об альтернативных методах обследования/ лечения своего заболевания(травмы).

5. Я согласен(сна) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных индивидуальными биологическими особенностями организма, тяжестью основного и сопутствующих заболеваний(травмы) и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ИНЦХТ не несет ответственности за их возникновение.

6. Я получил (а) полное и всестороннее разъяснение, при этом осознаю

и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей (специалистов) ИИЦХТ, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия. Несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской помощи, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

7. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания (травмы) могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях на других условиях, в том числе, на бесплатной основе. При этом я отказываюсь от бесплатного получения медицинской помощи в соответствии с программой, территориальной программой и подтверждаю свое согласие на получение платной медицинской услуги именно в ИИЦХТ.

8. Я проинформирован(а), что Фондом обязательного медицинского страхования, а также страховыми медицинскими организациями возмещение затрат на платные медицинские услуги гражданам не осуществляется. Затраты возмещаются в форме социального налогового вычета в порядке, установленном Постановлением Правительства Российской Федерации.

9. Я ознакомлен(а) с действующим в ИИЦХТ Прейскурантом и согласен оплатить стоимость медицинских услуг в соответствии с ним за счет своих личных средств и иных источников дохода, не запрещенных действующим законодательством.

10. Я проинформирован(а), что платные медицинские услуги не гарантируют внеочередного получения услуги.

11. Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и осознаны.

Дата _____ 20__ г.

Подпись _____