

Согласие пациента на оказание платных медицинских услуг и заключение договора оказания платных медицинских услуг.

Я,

гражданин

(ка)

до получения платной медицинской услуги в **ГБУЗ ТО «Роддом №2»** и до заключения договора оказания 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, принятой на текущий год, как в **ГБУЗ ТО «Роддом №2»**, так и в других медицинских организациях Тюменской области.

- о перечне платных медицинских услуг, предоставляемых **ГБУЗ ТО «Роддом №2»** (Исполнитель), о ценах на платные услуги, условия, форме и порядке их предоставления и оплаты;

- о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, уровне профессионального образования и квалификации;

- мне предоставлена вся необходимая информация об учреждении, в том числе, о режиме работы учреждения, графике работы медицинских работников;

- о контролирурующих 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 актуальные сведения о лицензиях **ГБУЗ ТО «Роддом №2»** 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 снизиться 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 **ГБУЗ ТО «Роддом №2»**, я ознакомлен (-а) с действующим прейскурантом на платные медицинские и иные платные услуги **ГБУЗ ТО «Роддом №2»** 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 и иных услуг в соответствии со статьей 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», даю свое согласие на их получение и готов (а) их оплатить.

Я удостоверяю, что текст настоящего информированное согласие мною прочитан, его положения мне понятны, я даю свое согласие на получение и оплату платных медицинских и иных платных услуг в **ГБУЗ ТО «Роддом №2»** и на заключение договора оказания платных медицинских и иных услуг.

(подпись потребителя/ зак. представителя/ заказчика)

(расшифровка подписи)

«__» _____ 20__ г