

**Информированное добровольное согласие
об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг и иных платных услуг
в бюджетном учреждении здравоохранения Омской области
«Городская клиническая больница № 11» (БУЗОО «ГКБ № 11»)**

город Омск

«__» _____ 20__ года

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии с Федеральным законом РФ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (часть 2 статьи 19; статья 84).

Я, пациент _____

(фамилия, имя, отчество — полностью)

_____ года рождения, медицинская карта больного № _____, желаю получить платные медицинские услуги и иные платные услуги в БУЗОО «ГКБ № 11», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее.

1. Я, получив от работников БУЗОО «ГКБ № 11» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в БУЗОО «ГКБ № 11», в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и целевых программ Омской области в сфере здравоохранения, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и иных платных услуг, в том числе по программе добровольного медицинского страхования, и готов (-а) их оплатить.

2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг и иных платных услуг, так и несколько видов услуг.

3. Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, БУЗОО «ГКБ № 11» не несет ответственности за их возникновение.

4. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен (должна) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей БУЗОО «ГКБ № 11».

5. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие виды дополнительных медицинских услуг и иных платных услуг, которые я хочу получить в БУЗОО «ГКБ № 11» и согласен оплатить: _____

6. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен (согласна) оплатить стоимость оказанной медицинской услуги (или иной услуги) в соответствии с ним.

7. Виды выбранных мною платных медицинских услуг и иных услуг согласованы с врачом, и я даю свое согласие на их оплату в кассу в сумме _____

8. Я проинформирован, что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в БУЗОО «ГКБ № 11».

9. Я осознаю, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

10. Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Подпись пациента: _____ / _____

Настоящее соглашение подписано пациентом на приеме у лечащего врача после проведения разъяснительной беседы.

Расписался в моем присутствии:

Врач: _____ / _____

(Должность, И.О. Фамилия)

Наименование и номер документа, подтверждающего оплату: _____