

Соглашение
(информированное добровольное согласие)
о добровольном приобретении медицинских услуг

Я, потребитель (заказчик), Ф.И.О. полностью

желаю получить платные медицинские услуги в МБУЗ «Первая городская больница», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее.

1. Я, получив от сотрудников МБУЗ «Первая городская больница» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в МБУЗ «Первая городская больница», в рамках программы государственных гарантий получения бесплатной медицинской помощи гражданам, утвержденной на 2022 год и плановый период 2023 и 2024 годов Правительством Ростовской области от 30.12.2021 № 1161, (далее по тексту программа), и даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.

2. Я совершенно осознанно понимаю, что могу воспользоваться нормами Конституции Российской Федерации, декларирующей мне право на бесплатную медицинскую помощь в государственных или муниципальных учреждениях здравоохранения. В данном случае я использую право расширенной свободы выбора при получении медицинской помощи при моем заболевании и выбираю альтернативный вариант лечения на платной основе.

3. В данном случае я использую возможность реализовать свое право на необходимую мне медицинскую помощь в режиме свободно выбираемой медицинской помощи, самостоятельного выбора методов диагностики и лечения, даже если входящие в состав данной помощи медицинские услуги, я вправе получить в рамках правового режима бесплатной медицинской помощи, гарантированной государством.

4. Я использую свое право, данное мне статьей 84 ФЗ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и выбираю платное оказание услуг, предусмотренных программой государственных гарантий на добровольной основе для достижения лучших результатов лечения, связанного с моим заболеванием.

5. Мною принято решение получить медицинскую помощь дополнительно сверх программы.

6. Лечащим врачом мне лично разъяснены цель, характер, и объем планируемого обследования, а также способы его проведения. И сроки, в которые исполнитель окажет платные медицинские услуги.

7. Я ознакомлен (а) с планом предполагаемого медикаментозного лечения и действием лекарственных препаратов, с возможными изменениями медикаментозной терапии в случае непереносимости тех или иных лекарственных средств, изменением состояния здоровья, требующим изменения тактики лечения, а также применением лекарственных препаратов и других методов лечения, которые могут быть назначены врачами.

8. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен (на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей МБУЗ «Первая городская больница».

9. Я осознаю и понимаю, что при несоблюдении 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 ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

10. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны виды медицинских услуг, которые я хочу получить в МБУЗ «Первая городская больница» и согласен(на) оплатить.

11. Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.

12. Виды выбранных мною медицинских услуг согласованы с врачом, и я даю свое согласие на их оплату в кассу МБУЗ «Первая городская больница» в сумме:

_____ руб.,

(сумма, сумма прописью)

13. 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 на платной основе в МБУЗ «Первая городская больница».

14. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Потребитель (Заказчик):

Гражданин (ка):

Ф.И.О. полностью

Адрес места жительства:

Контактный телефон:

Дата оказания услуги

_____ / Ф.И.О. полностью /

Перед подписанием настоящего договора я был(а) ознакомлен(а) с действующими:

- Прейскурантом цен на платные медицинские услуги, оказываемые в МБУЗ «Первая городская больница»;
- Положениями/приказами МБУЗ «Первая городская больница» о порядке предоставления платных медицинских услуг;
- Режимом работы МБУЗ «Первая городская больница»;
- лицензией МБУЗ «Первая городская больница» на осуществление медицинской деятельности;
- основными потребительскими свойствами предоставляемой мне медицинских (ой) услуг(и), противопоказаниями для применения при отдельных видах заболеваний, с дополнительной информацией, касающейся особенностей предоставляемой мне медицинских(ой) услуг(и) и условий ее предоставления, в доступной для меня форме и в полном объеме.

Содержание Договора, а также указанных выше документов мне разъяснено и понятно.

Дата оказания услуги

Потребитель (Заказчик): _____ / Ф.И.О. полностью /

ОБРАЗЕЦ

ОБРАЗЕЦ