

## ФОРМА

### Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг и заключение договора оказания платных медицинских услуг

(ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Постановление Правительства РФ от 11.05.2023 N 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»).

Я, гражданин (ка) \_\_\_\_\_

(ФИО, паспортные данные, адрес, тел.) (для Заказчика –юридического лица, наименование, адрес, тел., ОГРН, ИНН)

до получения платной медицинской услуги в БУЗОО «КРД № 6» 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, как в БУЗОО «КРД № 6», так и в других медицинских организациях Омской области.

- о перечне платных медицинских услуг, предоставляемых БУЗОО «КРД № 6» (Исполнитель), о ценах на платные услуги, условиях, форме и порядке их предоставления и оплаты;

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

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

- о контролирующих 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 все необходимые сведения о лицензиях БУЗОО «КРД № 6» на осуществление медицинской деятельности, я ознакомлен(а) с перечнем работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензиями;

- мне предоставлена информация о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации, информация о почтовом адресе и адресе электронной почты Исполнителя, на которые может быть направлено обращение,

- я информирован(а) о целях, характере, факторах риска и возможных осложнениях при оказании платных медицинских услуг

- я информирован(а) о режиме лечения в период нахождения в медицинской организации, правилах поведения в медицинской организации и необходимости их соблюдения;

- я предупрежден(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить 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 БУЗОО «КРД № 6», я ознакомлен (-а) с действующим прейскурантом на платные медицинские и иные платные услуги в БУЗОО «КРД № 6» 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, даю свое согласие на их получение и готов (а) их оплатить.

Я удостоверяю, что текст настоящего информированное согласия мною прочитан, его положения мне понятны, я даю свое согласие на получение и оплату платных медицинских и иных платных услуг в БУЗОО «КРД № 6» и на заключение договора оказания платных медицинских и иных услуг.

\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_/  
(подпись потребителя/ законного представителя/ заказчика) (расшифровка подписи)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202 \_\_\_\_ г

\*сведения о лицензиях на медицинскую деятельность, полный перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензиями, размещены на официальном сайте Росздравнадзора РФ (roszdravnadzor.gov.ru), сайте БУЗОО «КРД № 6» в сети "Интернет" (roddom6.com) а также на информационных стендах медицинской организации.