

Информированное добровольное согласие на предоставление платных медицинских услуг

На основании ч.2. ст. 19, ст.84 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

я, _____,
желаю получить платные медицинские услуги в ГБУЗ РХ «Абаканская МКБ». Я получил (а) полное и всестороннее разъяснение о предлагаемых диагностических мероприятиях и лечении моего заболевания.

Мне разъяснено, какие диагностические процедуры и лечение, соответствующие моему заболеванию я могу получить бесплатно, в рамках системы обязательного медицинского страхования и Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Республики Хакасия.

Мне также разъяснено, что я могу получить диагностические мероприятия и лечение моего заболевания вне рамок обязательного медицинского страхования и Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Республики Хакасия на платной основе.

Решение об отказе получения диагностики и лечения моего заболевания в рамках обязательного медицинского страхования и Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Республики Хакасия принято в связи с тем, что услуги оказываются:

а) на иных условиях, чем предусмотрено Территориальной программой и (или) целевыми программами в том числе:

- применение лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, если их назначение и применение не обусловлено жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, входящих в указанный перечень;

- применение медицинских изделий, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, не предусмотренных стандартами медицинской помощи;

- сверх объемов медицинской помощи, установленных государственным заданием;

- сверх стандартов медицинских технологий, утвержденных для моего заболевания, или при отсутствии медицинских показаний;

- вне очереди, установленной в медицинском учреждении в соответствии с утвержденными объемами оказания услуг и условий их предоставления в рамках государственного и/или муниципального заданий.

б) при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг (без направления лечащего врача), за исключением случаев и порядка, предусмотренных статьей 21 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

в) гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию;

Я ознакомлен(а) с действующим в учреждении Прейскурантом цен и согласен(а) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним за счет своих личных средств и иных источников дохода, не запрещенных действующим законодательством.

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

подпись пациента:

_____ / _____
информацию до пациента довел: _____
(должность, ФИО)

_____ / _____
подпись представителя ГБУЗ РХ «Абаканская МКБ»

« ____ » _____ 20__ года