Информированное добровольное согласие пациента на получение медицинских услуг на платной основе в ООО «ПРО-МЕДИЦИНА»

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения, ПАСПОРТ Гр. РФ \_\_\_\_\_\_\_\_ , № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ВЫДАН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (орган)

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным, в отношении: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

согласна (согласен) с предложенным планом обследования и лечения и даю информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства для получения медицинской помощи в ООО «ПРО-МЕДИЦИНА», включенные в план обследования и лечения, на платной основе в рамках договора об оказании платных медицинских услуг в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», пунктом 28 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 04.10. 2012 № 1006.

Мне разъяснено и понятно мое право на получение бесплатной медицинской помощи, в том числе схожих медицинских услуг, в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я получил информацию о Перечне медицинских организаций, оказывающих аналогичные медицинские услуги на бесплатной основе, в том числе в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками и условиями оказания и порядком оплаты медицинских услуг, предоставляемых в ООО «ПРО-МЕДИЦИНА», и я согласен(согласна) оплатить стоимость оказанных медицинских услуг в соответствии с действующим прейскурантом.

Мне разъяснено, что я могу получить как одну услугу, так и несколько видов услуг на платной основе. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с лечащим врачом (специалистом) выбраны виды платных медицинских услуг, которые я хочу получить в ООО «ПРО-МЕДИЦИНА».

Я уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников ООО «ПРО-МЕДИЦИНА», оказывающих мне платные медицинские услуги, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемых мне платных медицинских услуг, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Настоящее информированное добровольное согласие подписано мною после проведения предварительной беседы в ООО «ПРО-МЕДИЦИНА» медицинским работником.

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на оказание медицинских услуг на платной основе мною прочитан, мне понятно содержание и назначение данного документа, разъяснения предоставлены мне в доступной форме и меня удовлетворяют.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата оформления) подпись пациента/родителя или иного законного представителя, расшифровка подписи

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись мед. работника) (Ф.И.О. медицинского работника)