

Информированное добровольное согласие пациента на предоставление платных медицинских услуг в ГБУ РО «ГКБСМП»

На основании ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ и в соответствии с требованиями «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 г. № 736,

Я _____, дата рождения _____,
в рамках Договора на оказание платных услуг от 12 ноября 2024 г. желаю получить платные медицинские услуги в Государственном бюджетном учреждении Рязанской области «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» (далее ГБУ РО «ГКБСМП»), по адресу: ул. Стройкова, строение 85, Рязань, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я ознакомился (ась) с «Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Рязанской области», об условиях и сроках получения бесплатной медицинской помощи информирован(а). Мне разъяснен порядок оказания бесплатной медицинской помощи. Я ознакомлен(а) с тем, что могу получить аналогичную медицинскую помощь также в других медицинских организациях на других условиях. Получив от сотрудников ГБУ РО «ГКБСМП» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в данной учреждении, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.
2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и одновременно несколько видов платных медицинских услуг.
3. Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат, и что при проведении операции и после нее, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.
4. Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма.
5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей ГБУ РО «ГКБСМП». 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 моего здоровья.
6. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной платной медицинской услуги именно в ГБУ РО «ГКБСМП».
7. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны

№ п/п	Пункт согласно преискуранту	Наименование

которые я хочу получить и согласен(на) оплатить.

8. Я ознакомлен(а) с действующим преискурантом и согласен(а) оплатить стоимость платной медицинской услуги в соответствии с ним.
9. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с врачом, и я согласен(а) осуществить их оплату в российских рублях путем безналичных перечислений на расчетный счет или внесением наличных денежных средств в кассу ГБУ РО «ГКБСМП».
10. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю содержание, предложенных мне видов платных медицинских услуг и даю согласие на их применение.

(подпись с указанием фамилии, имени, отчества потребителя или его законного представителя)

Настоящее соглашение подписано пациентом после проведения разъяснительной беседы и является приложением к Договору об оказании платных услуг.

(подпись, фамилия, имя, отчество врача)