

## Согласие

г. Омск

Я, «Потребитель» \_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Паспорт № серия \_\_\_\_\_, выдан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. Кем выдан \_\_\_\_\_

желаю получить платные медицинские услуги в бюджетном учреждении здравоохранения Омской области «Городская поликлиника № 15» (далее – БУЗОО «ГП № 15») и готов заключить договор на предоставление платных медицинских услуг, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я получил(а) от работников БУЗОО «ГП № 15» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг по моему заболеванию в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий календарный год и плановый период и (или) Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Омской области на соответствующий календарный год и плановый период (далее – Программы).

2. Выражая согласие на предоставление мне платных медицинских услуг я использую возможность реализовать свое право, предоставленное мне статьей 84 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», на необходимую мне медицинскую помощь в режиме свободно выбираемой медицинской помощи, даже если входящие в состав данной помощи медицинские услуги я вправе получить в рамках правового режима бесплатной медицинской помощи, гарантированной государством.

3. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны платные медицинские услуги, которые я хочу получить в БУЗОО «ГП № 15» и согласен(на) их оплатить в соответствии с действующим прейскурантом цен на платные медицинские услуги в БУЗОО «ГП № 15» заключив соответствующий договор на предоставление платных медицинских услуг, в котором будет указан конкретный перечень платных(ой) медицинских(ой) услуг(и), в том числе, при необходимости, не предусмотренных условиями оказания медицинской помощи по Программам.

4. Я проинформирован(на) о том, что по поводу имеющегося у меня заболевания я могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях и подтверждаю свое согласие на лечение и получение платных медицинских услуг в БУЗОО «ГП № 15». В данном случае я использую право расширенной свободы выбора при получении медицинской помощи при моем заболевании и выбираю альтернативный вариант лечения на платной основе.

5. Несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя услуг (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой мне платной медицинской услуги, что в свою очередь может повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

6. Настоящее информированное добровольное согласие пациента по объему и условиям получения платных медицинских услуг в бюджетном учреждении здравоохранения Омской области «Городская поликлиника № 15» мною прочитано, я полностью согласен(на) на предоставление предложенных мне платных медицинских услуг и даю письменное согласие на их получение.

7. Даю свое согласие на получение и обработку персональных данных в соответствии с заключенными договорами.

8. Я осведомлен(а) о состоянии своего здоровья, в том числе о наличии заболевания, целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, в том числе вероятности развития осложнений, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_

подпись

фамилия имя отчество