

ФЕДЕРАЛЬНОЕ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОЕ АГЕНТСТВО
ФГБУ ФКЦ ВМТ ФМБА России
ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на оказание/получение платных медицинских и иных услуг

Я, _____, _____ года рождения,
проживающий (ая) по адресу: _____ ул. _____ д. ____ к. __ кв. __, паспорт серии
_____ номер _____, выдан _____,

находясь в здравом уме и ясном сознании, понимая значение своих действий и руководствуясь ими, самостоятельно обратился за получением платных медицинских услуг и дополнительных сопутствующих услуг неотделимых и неразрывно связанных с оказанием медицинской помощи и обязуюсь оплатить обследование и лечение в амбулаторных/стационарных условиях в соответствии с договором на оказание и оплату услуг, заключённому между мною и Центром, в том числе в пользу третьих лиц.

Я ознакомлен (а):

- со ст. 41 Конституции Российской Федерации, дающей мне право получить медицинскую помощь **в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.**

- с п.1 ст. 19 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ, в соответствии с которой я имею право на получение медицинской помощи в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации;

- со ст. 19, 84, п.2 ст.19 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ в соответствии с которой я имею право на получение платных медицинских услуг, предоставляемых по желанию при оказании медицинской помощи, и платных немедицинских услуг (бытовых, сервисных, транспортных и иных услуг), предоставляемых дополнительно при оказании медицинской помощи;

- с постановлением Правительства Российской Федерации от 04 октября 2012г. №1006 в соответствии с которым медицинские организации, участвующие в реализации программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеют право предоставлять платные медицинские услуги, при самостоятельном обращении за медицинской помощью и/или на иных условиях, чем предусмотрено территориальными и/или целевыми программами бесплатного оказания медицинской помощи, как в полном объеме стандарта медицинской помощи (схемы ведения пациентов), так и в виде отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, или оказываемом сверх установленного государственного задания;

- со ст. 44, 47 ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010г. №326-ФЗ, ст. 9 ФЗ «О защите персональных данных» от 27 июля 2006г. №152-ФЗ и добровольно даю согласие на ведение персонифицированного учёта сведений, необходимых для организации и оказания медицинской помощи мне, как Пациенту.

Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение о своих правах и обязанностях в соответствии со ст. ст. 18,19, 20,21,22,23,27 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ, а так же о предлагаемых и альтернативных методах обследования и лечения своего заболевания, о приблизительной стоимости услуг в соответствии с действующим Прейскурантом, условиях и ограничениях при их оказании, перечень и стоимость медицинских услуг согласованы со мной, и **ОТКАЗЫВАЮСЬ от бесплатного получения медицинской помощи в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в порядке и на условиях, установленных законодательством Российской Федерации.**

Я проинформирован, что Фондом обязательного медицинского страхования, а так же страховыми медицинскими организациями возмещение затрат на платные медицинские услуги гражданам не осуществляется. Возмещение затрат осуществляется в форме социального налогового вычета и в порядке установленном Постановлением Правительства Российской Федерации от 19 марта 2001г. №201 «Об утверждении перечней медицинских услуг и дорогостоящих видов лечения в медицинских учреждениях Российской Федерации, лекарственных средств, суммы оплаты которых за счет собственных средств налогоплательщика учитываются при определении суммы социального налогового вычета» .

Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, в том числе назначенного режима лечения и диете, по ограничению (отказу) употребления спиртных напитков; отказ от госпитализации и медицинского вмешательства; несвоевременное обращение за медицинской помощью, могут снизить качество предоставляемой медицинской помощи, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение, что используемые технологии медицинской помощи не могут полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных: индивидуальными особенностями организма; тяжестью основного и сопутствующих заболеваний; прогностически неблагоприятным течением заболевания; появления ранее неизвестных (скрытых) обстоятельств, информация о которых могла повлиять на выбор тактики лечения и прогноз; несовершенством медицины и отсутствия стопроцентных гарантий достижения результата у применяемых на современном уровне здравоохранения методик и технологий, а так же возможных неблагоприятных последствиях выполнения указаний Пациента о способе исполнения работ (выбор методик, времени и места получения услуг), в том числе с использованием материалов Пациента (Заказчика).

Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение о том, что в случае возражений и претензий по качеству полученных услуг я должен сообщить об этом до момента окончательного расчёта за оказанные медицинские услуги. В случае неполучения претензий в течение трёх рабочих дней, услуги считаются выполненными в полном объеме и с надлежащим качеством.

Я согласен (-а) на осмотр другими медицинскими работниками.

Я согласен (-а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и понятны, **добровольно даю свое согласие и настаиваю на обследовании и/или лечении на возмездной основе за счет своих личных средств и иных источников дохода, не запрещенных действующим законодательством в ФГБУ ФКЦ ВМТ ФМБА России:**

Пациент _____ (Ф.И.О. полностью и подпись)

Расписался в моем присутствии _____ (врач, медицинская сестра)