

Приложение №1
к Положению к об оказании платных
медицинских услуг государственным
автономным учреждением Тюменской
области «Областная стоматологическая
поликлиника»

Я,
до заключения договора на оказание платных медицинских услуг уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

_____ ✓ _____ ✓ _____
(дата) (подпись) (ФИО)

Согласие Пациента на оказание платных медицинских услуг и заключение Договора на оказание платных медицинских услуг в Государственном автономном учреждении здравоохранения Тюменской области «Областная стоматологическая поликлиника»

Я, гражданин (ка)

До получения платной медицинской услуги в Государственном автономном учреждении здравоохранения Тюменской области «Областная стоматологическая поликлиника» (далее – ГАУЗ ТО «ОСП») и до заключения договора на оказание платных медицинских услуг в доступной для меня форме, проинформирован (а) о нижеследующем:

- о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы, в рамках реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, принятой на текущий год, как в ГАУЗ ТО «ОСП», так и в других медицинских организациях Тюменской области.

- о перечне платных медицинских услуг, предоставляемых ГАУЗ ТО «ОСП», о ценах на платные услуги, условиях, форме и порядке их предоставления и оплаты;

- о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, уровне их профессионального образования и квалификации;

- мне предоставлена вся необходимая информация об учреждении, в том числе, о режиме работы учреждения, графике работы медицинских работников;

- о контролирующих органах, как по надзору в сфере здравоохранения, так и в сфере защиты прав потребителей (их адреса и телефоны), иная информация, предусмотренная правилами предоставления платных медицинских услуг.

- мне предоставлены актуальные сведения о лицензиях ГАУЗ ТО «ОСП» на осуществление медицинской деятельности, я ознакомлен (а) с перечнем работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензиями;

- я информирован (а) о целях, характере, факторах риска и возможных осложнениях при оказании платных медицинских услуг;

- я предупрежден (а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- я информирован (а), что отказ потребителя от заключения договора оказания платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы ОМС.

- мною добровольно, своей волей и в своем интересе, без какого-либо принуждения, выбраны виды платных медицинских услуг, которые я хочу получить в ГАУЗ ТО «ОСП», я ознакомлен (а) с действующим прейскурантом на платные медицинские и иные платные услуги ГАУЗ ТО «ОСП» и согласен (-на) их оплатить в соответствии с ним.

Я, получив полную информацию о возможности и условиях оказания пациенту бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС, хочу воспользоваться своим правом на получение платных медицинских и иных услуг в соответствии со ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю свое согласие на их получение и готов (а) их оплатить.

Я удостоверяю, что текст настоящего информированного согласия мною прочитан, его положения мне понятны, я даю свое согласие на получение и оплату платных медицинских и иных платных услуг в ГАУЗ ТО «ОСП» и на заключение договора оказания платных медицинских и иных услуг.



(подпись потребителя/законного представителя/заказчика, расшифровка подписи)

(дата)