

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение
здравоохранения «Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы»
(СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на получение медицинских услуг и/или услуг медицинского сервиса на платной
основе**

Настоящее согласие составлено в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»

Я,

(Ф.И.О. гражданина – пациента или его законного представителя)

«__» _____ года рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина – пациента или законного представителя)

Заполняется в случае оформления законным представителем:

Действующий(-ая) в интересах

(Ф.И.О. гражданина – пациента)

«__» _____ года рождения, зарегистрированного по адресу:

(адрес места жительства гражданина – пациента)

ознакомлен с условиями Территориальной программы обязательного медицинского страхования (ОМС), ОТКАЗАЛСЯ от предложенной мне альтернативной возможности получения этого вида медицинских услуг и/ или услуг медицинского сервиса без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге.

Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие виды медицинских услуг и/ или услуг медицинского сервиса, которые я хочу получить в Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы» в рамках договора на оказание платных медицинских услуг и/ или услуг медицинского сервиса:

(наименование услуги)

При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

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.

Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, не несет ответственности за их возникновение.

Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.

Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен(на) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.

Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с врачом, и я даю свое согласие на их оплату в кассу Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы» в сумме, указанной в договоре об оказании платных медицинских услуг.

Я проинформирован, что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы».

Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и/ или услуг медицинского сервиса и даю согласие на их применение.

Я предупрежден(а), что затраченные мною средства не могут быть компенсированы мне за счет средств Фонда ОМС, страховой медицинской организацией, бюджетных средств.

Пациент: (подпись) _____

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя
гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. Заказчика (при наличии))

(подпись)

(Ф.И.О. работника Санкт-Петербургского государственного
бюджетного учреждения здравоохранения «Городская
больница Святой преподобномученицы Елизаветы»)

«_____» _____ Г.
(дата оформления согласия)