

**Информированное добровольное согласие
на предоставление медицинских услуг на платной основе**

На основании ч.2. ст. 19, ст.84 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я, _____,

желаю получить платные медицинские услуги в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Нижегородской области «Нижегородский областной неврологический госпиталь ветеранов войн» и заключить договор на оказание платных медицинских услуг с Государственным бюджетным учреждением здравоохранения Нижегородской области «Нижегородский областной неврологический госпиталь ветеранов войн».

Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение о предлагаемых диагностических мероприятиях и лечении моего заболевания. Также мне предоставлена и разъяснена информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, и я в полной мере осознаю, какие диагностические процедуры и какое лечение, соответствующие моему заболеванию я могу получить бесплатно, в рамках системы обязательного медицинского страхования и Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Нижегородской области.

Мне также разъяснено, и я в полной мере осознаю, что я могу получить диагностические мероприятия и лечение моего заболевания вне рамок обязательного медицинского страхования и Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Нижегородской области только на платной основе.

Решение об отказе получения диагностики и лечения моего заболевания в рамках обязательного медицинского страхования и Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Нижегородской области принято в связи с тем, что услуги оказываются:

а) на иных условиях, чем предусмотрено Территориальной программой и (или) целевыми программами в том числе:

- установление индивидуального поста медицинского наблюдения при оказании медицинской помощи в стационарных условиях при отсутствии медицинских показаний к установлению индивидуального поста медицинского наблюдения;

- назначение и применение по медицинским показаниям лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, если их назначение и применение не обусловлено жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, входящих в указанный перечень, а также не закупаемых за счет бюджетных ассигнований бюджетов всех уровней бюджетной системы Российской Федерации;

- применение медицинских изделий, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, не закупаемых за счет бюджетных ассигнований бюджетов всех уровней бюджетной системы Российской Федерации и не подлежащих оплате в рамках программы и территориальной программы;

- сверх объемов медицинской помощи, установленных государственным и/или муниципальным заданием;

- сверх стандартов медицинских технологий, утвержденных для моего заболевания, или при отсутствии медицинских показаний;

- вне очереди, установленной в медицинском учреждении в соответствии с утвержденными объемами оказания услуг и условий их предоставления в рамках государственного и/или муниципального заданий.

б) при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг (без направления лечащего врача), за исключением случаев и порядка, предусмотренных статьей 21 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также за исключением оказания медицинской помощи в экстренной форме.

в) гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации;

г) анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Я ознакомлен(а) с действующим в учреждении Прейскурантом цен и согласен(а) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним за счет своих личных средств и иных источников дохода, не запрещенных действующим законодательством.

До заключения Договора, я был уведомлен, что несоблюдение указаний (рекомендаций) 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 сроки или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я обязуюсь соблюдать в полном объеме:

- все указания и рекомендации медицинского сотрудника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, назначенного лечебного питания в рамках лечения моего заболевания,

- требования правил внутреннего распорядка для пациентов Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Нижегородской области «Нижегородский областной неврологический госпиталь ветеранов войн».

Настоящее соглашение мною прочитано и подписано после проведения разъяснительной беседы и ознакомления с информацией по порядку представления платных медицинских услуг и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг. Своей подписью подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных услуг подтверждаю дачу согласия на получение платных медицинских услуг в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Нижегородской области «Нижегородский областной неврологический госпиталь ветеранов войн», а также на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в Федеральном законе № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Государственным бюджетным учреждением здравоохранения Нижегородской области «Нижегородский областной неврологический госпиталь ветеранов войн» обязательств по Договору № ___ от _____.

(Ф.И.О. подпись пациента).

Информацию до пациента довел _____

(Ф.И.О., должность, подпись)