Сторона 1

Форма \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний»

Приложение №1 к договору № \_\_\_\_\_\_\_

Талон учёта платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_

Отделение: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия Имя Отчество:

Дата рождения:

Адрес:

Срок лечения:

Вид оплаты:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Вид услуги, исследования | Количество | Цена | Дата оказания услуги | Исполнитель |
|  |  |  |  |  |

 Общая сумма: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ р.

Сторона 2

Форма \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директору НИИ КПССЗ

О.Л. Барбараш

Информированное добровольное согласие пациента

на предоставление платных медицинских услуг

На основании статей 19, 84 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ желаю получить платные медицинские услуги в НИИ КПССЗ (Учреждение).

Я получил (а) от сотрудников Учреждения полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг, соответствующих моему заболеванию, в рамках программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам и Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.

Я совершенно осознанно понимаю, что могу воспользоваться нормами Конституции Российской Федерации, декларирующей мне право на бесплатную медицинскую помощь в государственных или муниципальных учреждениях здравоохранения. В данном случае я использую право расширенной свободы выбора при получении медицинской помощи при моем заболевании я выбираю альтернативный вариант лечения на платной основе.

Решение об отказе получения диагностики и лечения моего заболевания в рамках государственных гарантий для оказания бесплатной медицинской помощи гражданам и Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи принято в связи с тем, что услуги оказываются на условиях (нудное отметить):

- на иных условиях, чем предусмотрено программой, территориальными программами и (или) целевыми программами;

- сверх объёмов медицинской помощи, установленных программами государственных гарантий и Территориальной программой;

-гражданам иностранных государств, лицам без гражданства;

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

- при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев оказания скорой, в том числе, скорой специализированной, медицинской помощи и медицинской помощи, оказываемой в неотложной или экстренной форме;

- вне очереди, установленной в Учреждении в соответствии с утвержденными объёмами оказания медицинских услуг и условий их предоставления в рамках государственного заказа.

Я ознакомлен (а) с действующим прейскурантом цен на медицинские услуги и согласен (а) оплатить стоимость необходимой мне медицинской услуги за счёт своих личных средств и иных источников дохода, не запрещённых действующим законодательством.

Я понимаю, что денежные средства, добровольно затраченные мной при оказании мне платных медицинских услуг возврату через страховую компанию, либо из других источников не подлежат, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.

Я ознакомлен (а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

Информацию до пациента довел \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (должность, Ф.И.О.) (подпись)

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О.) (подпись)