

**Информированное добровольное согласие потребителя (заказчика)
по объему и условиям получения платных медицинских услуг
в бюджетном учреждении здравоохранения Омской области
«Городская поликлиника № 11»**

г. Омск
г.

« ____ » _____ 201__

Я _____
(фамилия, имя, отчество)

в рамках договора на предоставление комплекса или вида платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги в бюджетном учреждении здравоохранения Омской области «Городская поликлиника № 11» (далее - БУЗОО «ГП № 11»), при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников БУЗОО «ГП №11» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг по моему заболеванию в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Омской области на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов, утвержденной Постановлением Правительства Омской области от 26 декабря 2018 года № 424-п (далее - «Программа»), даю свое согласие на предоставление мне платных медицинских услуг, и готов(а) их оплатить.

2. Я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и комплекс платных медицинских услуг, не предусмотренных условиями оказания медицинской помощи по «Программе». В данном случае я использую возможность реализовать свое право на необходимую мне медицинскую помощь в режиме свободно выбираемой медицинской помощи, даже если входящие в состав данной помощи медицинские услуги я вправе получить в рамках правового режима бесплатной медицинской помощи, гарантированной государством. Я использую свое право, данное мне **статьей 84 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»** и выбираю платное предоставление медицинских услуг, предусмотренных программой государственных гарантий на добровольной основе для достижения лучших результатов лечения, связанного с моим заболеванием.

3. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны платные медицинские услуги, которые я хочу получить в БУЗОО «ГП № 11» и согласен (-на) их оплатить в соответствии с действующей Информацией о ценах за оказание платных услуг (работ) БУЗОО «ГП № 11».

4. Я проинформирован (-на) о том, что по поводу имеющегося у меня заболевания я могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях и подтверждаю свое согласие на лечение и получение платных медицинских услуг в БУЗОО «ГП № 11». В данном случае я использую право расширенной свободы выбора при получении медицинской помощи при моем заболевании и выбираю альтернативный вариант лечения на платной основе.

5. Несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя услуг (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой мне платной медицинской услуги, что в свою очередь может повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

6. Настоящее информированное добровольное согласие пациента по объему и условиям получения платных медицинских услуг в БУЗОО «ГП № 11» мною прочитано, я полностью согласен (на) на предоставление предложенных мне платных медицинских услуг и даю письменное согласие на их получение.

7. Настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на использование моих персональных данных, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 № 152-ФЗ, и статьями 13, 92 и 94 Федерального закона «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ, с целью регистрации и обработки сведений, необходимых для оказания услуг.

Подпись _____ / _____ /