

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ****на получение платных медицинских услуг****и заключение договора оказания платных медицинских услуг**

На основании ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановления правительства РФ от 04.10.2012 г. №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинским организациям платных медицинских услуг.

Я, гражданин(ка) \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

паспорт \_\_\_\_\_,

выдан: \_\_\_\_\_

Это раздел бланка заполняется только на несовершеннолетних лиц, не достигших возраста 15 лет; несовершеннолетних, больных наркоманией не достигших возраста 16 лет, или недееспособных граждан:

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

паспорт \_\_\_\_\_,

выдан: \_\_\_\_\_

я являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)

до заключения договора на оказание платных медицинских услуг и до получения платной медицинской услуги в ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника №2» МЗ КК и 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, как в ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника №2» МЗ КК, так и в других медицинских организациях Краснодарского края;

– о перечне платных медицинских услуг, предоставляемых ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника №2» МЗ КК (Исполнитель), о ценах на платные медицинские 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 о ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника №2» МЗ КК, в том числе о режиме работы, 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 все необходимые сведения о лицензиях ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника №2» МЗ КК об осуществлении медицинской деятельности, я ознакомлен(а) с перечнем работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника №2» МЗ КК в соответствии с лицензиями;

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

– я предупрежден (а), что несоблюдении указаний (рекомендаций) Исполнителя (ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника №2» МЗ КК) (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 моего здоровья;

– я информирован (а), что отказ Потребителя от заключения договора на оказание платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых Потребителю без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

– мною добровольно, своей волей и с в своем интересе, без какого-либо принуждения, выбраны виды платных медицинских услуг, которые я хочу получить в ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника №2» МЗ КК, я ознакомлен (а) с действующим прейскурантом на платные медицинские услуги и иные платные услуги в ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника №2» МЗ КК и согласен (на) их оплатить.

Я, получив полную информацию о возможности и условиях оказания пациенту бесплатной медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, хочу воспользоваться своим правом на получение платных медицинских услуг и иных услуг, 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 услуг в ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника №2» МЗ КК и на заключение Договора на оказание платных медицинских услуг.

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись потребителя/законного представителя/заказчика)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)