

Типовая форма № 1

Информированное добровольное согласие Пациента по объёму и условиям
получения Пациентом платных медицинских услуг

Я, _____,
(Фамилия, имя, отчество Пациента)

именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», имею намерение получить платные медицинские услуги в БУЗОО «ЦМР» лично в соответствии с договором, при этом мне разъяснено и мной осознано следующее:

1. Я, Пациент, получил от работников БУЗОО «ЦМР» полную информацию о возможности получения Пациентом в БУЗОО «ЦМР» соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программ государственных гарантий: Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов (утв. постановлением Правительства РФ от 10 декабря 2018 г. № 1506), Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Омской области на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов (утв. постановлением Правительства Омской области от 26 декабря 2018 года № 424-п) и (или) целевых программ, и даю свое согласие на оказание Пациенту платных медицинских услуг и готов их оплатить.

2. Я, Пациент, выражаю добровольность в получении Пациентом платных медицинских услуг, в то время как я рассмотрел различные варианты получения медицинских услуг, и то, что Пациенту могут оказать аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе в рамках программ государственных гарантий.

3. Я, Пациент, ознакомлен с действующим прейскурантом и Пациент согласен оплатить стоимость оказанных медицинских услуг Пациенту в соответствии с прейскурантом.

4. Мне, Пациенту, разъяснено, что Пациент может получить как один из видов платных медицинских услуг, так и нескольких видов услуг.

5. Я, Пациент, удостоверяю, что текст данного Информированного добровольного согласия Пациента по объёму и условиям получения Пациентом платных медицинских услуг мной прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения мне понятны и меня удовлетворяют.

Настоящее Информированное добровольное согласие Пациента по объему и условиям получения Пациентом платных медицинских услуг подписано мной, Пациентом, после проведения предварительной беседы.

Пациент: _____

Паспорт: _____, выдан _____

_____ 20__ г.

Адрес места жительства: _____

_____/_____ /

(подпись Пациента)

(расшифровка подписи Пациента)

«____» _____ 201__ г.

Типовая форма № 2

**Информированное добровольное согласие Заказчика по объёму и условиям
получения Пациентом платных медицинских услуг**

Я, _____,

(Фамилия, имя, отчество Заказчика)

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», имею намерение заказать
(приобрести) платные медицинские услуги в БУЗОО «ЦМР» в соответствии с
договором в пользу Пациента:

(Фамилия, имя, отчество Пациента)

Именуемого(ой) в дальнейшем «Пациент», при этом мне разъяснено и мной
осознано следующее:

1. Я, Заказчик, получил от работников БУЗОО «ЦМР» полную информацию о возможности получения Пациентом в БУЗОО «ЦМР» соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программ государственных гарантий Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов (утв. постановлением Правительства РФ от 10 декабря 2018 г. № 1506), Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Омской области на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов (утв. постановлением Правительства Омской области от 26 декабря 2018 года № 424-п) и (или) целевых программ, и даю свое согласие на оказание Пациенту платных медицинских услуг и готов их оплатить.

2. Я, Заказчик, выражаю добровольность в получении Пациентом платных медицинских услуг, в то время как я Заказчик рассмотрел различные варианты получения медицинских услуг, и то, что Пациенту могут оказать аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе в рамках программ государственных гарантий.

3. Я, Заказчик, ознакомлен с действующим прейскурантом и Заказчик согласен оплатить стоимость оказанных медицинских услуг Пациенту в соответствии с прейскурантом.

4. Мне, Заказчику, разъяснено, что Пациент может получить как один из видов платных медицинских услуг, так и нескольких видов услуг.

5. Я, Заказчик, удостоверяю, что текст данного Информированного добровольного согласия Заказчика по объему и условиям получения Пациентом платных медицинских услуг мной прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения мне понятны и меня удовлетворяют.

Настоящее Информированное добровольное согласие Заказчика по объему и условиям получения Пациентом платных медицинских услуг подписано мной, Заказчиком, после проведения предварительной беседы.

Заказчик: _____

Паспорт: _____, выдан _____
_____ 20__ г.

Адрес места жительства: _____

_____/ _____/

(подпись Заказчика)

(расшифровка подписи Заказчика)

« ____ » _____ 201__ г.

Сведения о Пациенте:

Пациент: _____

Паспорт: _____, выдан _____
_____ 20__ г.

Адрес места жительства: _____
