

Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг

Я, _____,

фамилия, имя, отчество (при наличии)

«__» _____ г. рождения, зарегистрированный(ая) по адресу:

_____ действующий(ая) в своих интересах / в интересах лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть): _____,

фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента, дата рождения

подтверждаю, что до заключения договора об оказании платных медицинских услуг с ООО «ЭЛИТМЕД» мне в доступной форме предоставлена следующая информация и я с ней ознакомлен(а):

- о возможности получения соответствующих видов и объёмов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Ростовской области;
- о том, что отказ от заключения договора и (или) от предлагаемых платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объёма медицинской помощи, оказываемой без взимания платы в рамках указанных программ;
- о наименовании, адресе, ОГРН и ИНН исполнителя, о лицензии на осуществление медицинской деятельности (регистрационный номер, дата предоставления, лицензирующий орган, перечень работ и услуг), об адресе сайта исполнителя в сети «Интернет»;
- о перечне платных медицинских услуг с указанием цен в рублях (действующий прайс-лист размещён на сайте и на информационном стенде);
- о порядках оказания медицинской помощи, клинических рекомендациях и стандартах медицинской помощи, с учётом и на основе которых оказываются платные медицинские услуги;
- о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, а также о графике их работы;
- об условиях, сроках и порядке предоставления и оплаты услуг, о порядке их изменения и расторжения договора, об образцах договоров;
- о том, что льготы при оказании платных медицинских услуг в ООО «ЭЛИТМЕД» не установлены;
- о форме и способах направления обращений (жалоб) исполнителю и в контролирующие органы.

Я уведомлён(а) о том, что несоблюдение назначений (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (здоровья представляемого лица).

Я уведомлён(а), что в соответствии с частью 3 статьи 27 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определённый на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

Запись, оформленная на сайте, подтверждается администратором по телефону. Если пациент не подтвердил запись самостоятельно и не ответил на звонок администратора, запись аннулируется за сутки до приёма, а время передаётся другому пациенту.

На основании изложенного даю информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в ООО «ЭЛИТМЕД» в объёме, согласованном сторонами в договоре и приложении к нему, и обязуюсь их оплатить в установленном договором порядке.

« ____ » ____ Г.
дата

____ / ____ /
подпись, расшифровка подписи

Информацию предоставил, согласие принял:

должность работника исполнителя

____ / ____ /
подпись, расшифровка подписи