

УВЕДОМЛЕНИЕ (ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ)

(в соответствии с п.7, п.24. «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», Утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 года № 736)

Я, _____ (именуемого (-ой) в дальнейшем
Ф.И.О.

«Пациент», до получения платной медицинской услуги в СПб ГБУЗ «ПНД №3» и до заключения договора оказания платных медицинских услуг в доступной для меня форме, проинформирован(а):

о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы, в рамках реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Санкт-Петербурга на текущий календарный год.

о перечне платных медицинских услуг, предоставляемых СПб ГБУЗ «ПНД №3», составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензиями, о стоимости платных услуг, условиях, форме и порядке их предоставления и оплаты, о сроках оказания услуг;

о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг Пациенту, уровне их профессионального образования и квалификации;

о целях, характере, методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствий, ожидаемых результатах и возможных осложнениях оказания медицинской помощи;

об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях;

об применяемых стандартах оказания медицинской помощи, в соответствии с которыми оказываются медицинские услуги;

Также мне предоставлена информация:

о диспансере, в том числе, о режиме работы диспансера, 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;

о лицензиях СПб ГБУЗ «ПНД №3» на осуществление медицинской деятельности.

Мною добровольно, по своей воли и в своем интересе, без какого-либо принуждения, выбраны виды платных медицинских услуг, которые я хочу получить в СПб ГБУЗ «ПНД №3» ознакомлен (-а) с действующим прейскурантом на платные медицинские и иные платные услуги в СПб ГБУЗ «ПНД №3», и согласен(-на) их оплатить в соответствии с ним, в следующем порядке (нужное подчеркнуть):

- полная оплата стоимости медицинских услуг в день подписания Договора;
- рассрочка оплаты стоимости медицинских услуг; путем заключения кредитного договора с Банком;
- иной способ _____.

(указать какой)

Я предупрежден (а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников СПб ГБУЗ «ПНД №3», предоставляющих платную медицинскую услугу, в том числе, назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я, получив полную информацию о возможности и условиях оказания Пациенту бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Санкт-Петербурга на текущий календарный год, хочу воспользоваться своим правом на получение платных медицинских и иных услуг, даю свое согласие на получение и оплату платных медицинских и иных платных услуг в СПб ГБУЗ «ПНД №3» и на заключение договора оказания платных медицинских и иных услуг.

дата _____

Подпись пациента _____