

Информированное добровольное согласие на оказание платных медицинских услуг

Я, _____, в рамках договора № _____ от _____ 20__ г о предоставлении мне/Потребителю платных медицинских услуг, желаю получить/чтобы были получены Потребителем медицинские услуги в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Нижегородской области «Детская городская поликлиника №1 Приокского района» (ГБУЗ НО «Детская городская поликлиника №1»).

При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я получил(а) в ГБУЗ НО «Детская городская поликлиника №1» в доступной форме полную информацию о возможности, условиях и порядке предоставления мне/Потребителю бесплатных медицинских услуг в данном учреждении в рамках программы государственных гарантий получения бесплатной медицинской помощи. Я отказываюсь от получения медицинской помощи за счет средств бюджетов и внебюджетных фондов в данном учреждении и даю свое согласие на предоставление мне/Потребителю платных медицинских услуг.
2. Я получил (а) в ГБУЗ НО «Детская городская поликлиника №1» в доступной форме полную информацию о видах платных медицинских услуг, условиях и порядке их предоставления, о порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, а также информацию о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи. Мне разъяснено, что я могу получить/Потребителю могут быть предоставлены как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько или целый комплекс платных медицинских услуг.
3. Мне разъяснено, и я полностью осознаю, что проводимое мне/Потребителю лечение не гарантирует 100% результат и что как при предоставлении медицинских услуг, так и после их предоставления возможны различные осложнения, обусловленные индивидуальными биологическими особенностями организма.
4. Я полностью согласен(на) с тем, что используемая при моем лечении/лечении Потребителя технология не может на 100% исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных индивидуальными биологическими особенностями организма, и в том случае, если предоставленная медицинская услуга была осуществлена с учетом всех необходимых требований, медицинская организация не несет ответственности за их возникновение.
5. Я уведомлен(на) о том, что, получая лечение в ГБУЗ НО «Детская городская поликлиника №1», в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязан(на)/Потребитель обязан соблюдать режим лечения. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я/Потребитель должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей ГБУЗ НО «Детская городская поликлиника №1».
6. Я ознакомлен(а) с действующим в ГБУЗ НО «Детская городская поликлиника №1» прейскурантом цен на платные медицинские услуги и согласен(на) оплатить стоимость медицинской(их) услуг(и) в соответствии с ним.
7. Я проинформирован(а) о том, что по поводу имеющегося у меня/Потребителя заболевания могу получить/Потребитель может получить медицинскую помощь в других медицинских организациях, и подтверждаю свое согласие на получение/предоставление Потребителю указанных платных медицинских услуг в ГБУЗ НО «Детская городская поликлиника №1».
8. Мне разъяснено, что в соответствии с Федеральным законом от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации»:
 - я имею право обращаться лично, а также направлять обращения (жалобы) в государственные органы, органы местного самоуправления и их должностным лицам, в государственные и муниципальные учреждения и иные организации, на которые возложено осуществление публично значимых функций, и их должностным лицам, в том числе в ГБУЗ НО «Детская городская поликлиника №1»;
 - я имею право направить обращение (жалобу) в письменной форме или в форме электронного документа, а также устно обратиться устно.
 - обращение (жалоба) в ГБУЗ НО «Детская городская поликлиника №1» может быть направлена по адресу: 603107, г.Нижний Новгород, пл.Маршала Жукова, д.1, либо по адресу электронной почты: dgp1_nn@mail.52gov.ru
9. Я уведомлен о том, что при предъявлении мной требований, в том числе при обнаружении недостатков оказанных медицинских услуг, ГБУЗ НО «Детская городская поликлиника №1» рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей».
10. Настоящее согласие мной внимательно прочитано, претензий и замечаний к данному мною согласию не имеется, в связи с чем я даю добровольное согласие на предоставление мне/Потребителю вышеуказанных медицинских услуг.

Потребитель/Заказчик: _____