

## Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство по платным услугам

Я, \_\_\_\_\_ (ФИО полностью), \_\_\_\_\_ г.р.

желаю получить платные медицинские услуги в ГБУЗ РБ ГKB №21 г. Уфа.

Мне разъяснено, какие диагностические процедуры и лечение, соответствующие моему заболеванию я могу получить бесплатно, в рамках системы обязательного медицинского страхования и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в РБ и РФ.

Мне также разъяснено, что я могу получить диагностические мероприятия и лечение моего заболевания на платной основе.

Решение об отказе получения диагностики и лечения моего заболевания в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи принято в связи с тем, что они оказываются:

а) на иных условиях, чем предусмотрено программами получения бесплатной медицинской помощи, в том числе:

- установление индивидуального поста медицинского наблюдения при течении в условиях стационара; размещение в палате повышенной комфортности, другие бытовые и сервисные услуги, предоставляемые дополнительно при оказании медицинской помощи.
- применение лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимые и важных лекарственных препаратов, если назначение и применение не обусловлено жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, входящих в указанный перечень;
- применение медицинских изделий, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, не предусмотренных стандартами медицинской помощи;
- сверх объема медицинской помощи, установленных государственными/или муниципальным заданием;
- сверх медицинских стандартов, утвержденных для моего заболевания, или при отсутствии медицинских показаний;
- вне очереди, установленной в медицинском учреждении в соответствии с утвержденными объемами оказания услуг и условий их предоставления в рамках государственного и/или муниципального заданий;

б) при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг (без направления лечащего врача), за исключением случаев и порядка, предусмотренных статьей 21 Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

в) гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию;

Я ознакомлен(а) с действующим в учреждении Прейскурантом цен и согласен(а) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого);

Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать;

Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача: лабораторно-инструментальных, диагностических исследований и лечебных мероприятий;

Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;

Я извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.

Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также о не употреблении алкоголя, наркотических, токсических средств за последние 48 часов;

Я ознакомлен (ознакомлена) с перечнем видов, форм и условиями бесплатного оказания медицинской помощи по Программе Государственных гарантий у лечащего

Я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками и условиями оказания и порядком оплаты медицинских услуг предоставляемых ГБУЗ РБ ГKB №21 г. Уфа;

Я согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;

Я разрешаю использовать результаты, описание хода лечения и прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без указания данных Потребителя, достаточных для идентификации;

Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам:

ФИО

кем приходится

телефон

Дата: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2024г.

ФИО \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_