ПРИЛОЖЕНИЕ № 5
к Приказу ГБУЗ «ЗКПЦ»
от 30.08.2023г. № 318

Информационное добровольное согласие пациента

на предоставление медицинских и немедицинских услуг на платной основе

г. Чита «____»_____20__ г.

Главному врачу (и.о. главного врача) государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Забайкальский краевой перинатальный центр»

_____
(наименование ЛПУ, Ф.И.О руководителя)

На основании ст. 22 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011г. № 323-ФЗ, ст. 10 Закона РФ от 7 февраля 1992 г. № 2300-1 « О защите прав потребителей».

Я_____
_____
(Ф.И.О., адрес)

Медицинская карта № _____ желаю получить платные медицинские и немедицинские услуги предоставляемые дополнительно при оказании медицинской помощи в_____
_____
(наименование отделения ЛПУ)

Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение о предлагаемых диагностических мероприятиях и лечении моего заболевания.

Мне разъяснено, что я могу получить бесплатно в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Забайкальского края на 2023 год утверждённой Постановлением Правительства Забайкальского края от 29.12.2022г. № 694, следующие диагностические процедуры и лечение, соответствующие моему заболеванию_____
_____
_____

Решение об отказе получения диагностики и лечения моего заболевания на бесплатной основе мной принято в связи с ___
_____

Мною добровольно, без какого–либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие платные медицинские услуги и немедицинские услуги предоставляемые дополнительно при оказании медицинской помощи _____
_____
_____

Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(а) оплатить стоимость указанной медицинской и немедицинской услуги в соответствии с ним за счет своих личных средств и иных источников дохода, не запрещенных действующим законодательством.

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

Информацию до пациента довел:_____
(должность, Ф.И.О)

_____ подпись врача

_____ подпись пациента

«____»_____20 __ г.