

**Информированное добровольное согласие пациента  
по объему и условиям получения платных медицинских услуг  
в бюджетном учреждении здравоохранения Омской области  
«Городская больница № 2»**

г. Омск  
Я,

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ год

(фамилия, имя, отчество)

Адрес регистрации:

в рамках договора на предоставление платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги в бюджетном учреждении здравоохранения Омской области «Городская больница № 2» (далее - БУЗОО «ГБ № 2»), при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников БУЗОО «ГБ № 2» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг по моему заболеванию в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Омской области (далее - «Программа»), даю свое согласие на предоставление мне платных медицинских услуг, и готов(а) их оплатить.

2. Я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и комплекс платных медицинских услуг, не предусмотренных условиями оказания медицинской помощи по «Программе». В данном случае я использую возможность реализовать свое право на необходимую мне медицинскую помощь в режиме свободно выбираемой медицинской помощи, даже если входящие в состав данной помощи медицинские услуги я вправе получить в рамках правового режима бесплатной медицинской помощи, гарантированной государством. Я использую свое право, данное мне **статьей 84 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»** и выбираю платное предоставление медицинских услуг, предусмотренных программой государственных гарантий на добровольной основе для достижения лучших результатов лечения, связанного с моим заболеванием.

3. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны платные медицинские услуги, которые я хочу получить в БУЗОО «ГБ № 2» и согласен(на) их оплатить в соответствии с действующим прейскурантом цен на платные медицинские услуги в БУЗОО «ГБ № 2».

4. Я проинформирован(на) о том, что по поводу имеющегося у меня заболевания я могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях и подтверждаю свое согласие на лечение и получение платных медицинских услуг в БУЗОО «ГБ № 2». В данном случае я использую право расширенной свободы выбора при получении медицинской помощи при моем заболевании и выбираю альтернативный вариант лечения на платной основе.

5. Несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя услуг (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой мне платной медицинской услуги, что в свою очередь может повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

6. Настоящее информированное добровольное согласие пациента по объему и условиям получения платных медицинских услуг в БУЗОО «ГБ № 2» мною прочитано, я полностью согласен(на) на предоставление предложенных мне платных медицинских услуг и даю письменное согласие на их получение.

Потребитель / законный представитель Потребителя:

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (ФИО)

\_\_\_\_\_ (дата)