

**Информированное добровольное согласие потребителя и (или) заказчика  
по объему и условиям получения платных медицинских услуг  
в бюджетном учреждении здравоохранения Омской области  
«Клиническая медико-санитарная часть №7»**

г. Омск

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2023 г.

Я, потребитель и (или) заказчик \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

в рамках договора на предоставление платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги в бюджетном учреждении здравоохранения Омской области «Клиническая медико-санитарная часть №7» (далее - БУЗОО «КМСЧ №7»), при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников БУЗОО «КМСЧ №7» 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 на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов, утвержденной Постановлением Правительства Омской области от 28 декабря 2022 года №790-п (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 «КМСЧ №7» и согласен (а) их оплатить в соответствии с действующим прейскурантом цен на платные медицинские услуги в БУЗОО «КМСЧ №7».

4. Я проинформирован (а) 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 «КМСЧ №7». 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. Я проинформирован (а) о медицинских работниках, участвующих в предоставлении мне платных медицинских услуг, уровне их профессионального образования и квалификации.

6. Я проинформирован (а) о целях, характере, факторах риска и возможных осложнениях при оказании мне платных медицинских услуг.

7. Я проинформирован (а) о порядке оказания и стандартах медицинской помощи применяемой при предоставлении мне платных медицинских услуг.

8. Я проинформирован (а) и ознакомлен с Правилами поведения пациента в БУЗОО «КМСЧ №7».

9. Я предупрежден (а), что 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.

10. Настоящее информированное добровольное согласие пациента по объему и условиям получения платных медицинских услуг в БУЗОО «КМСЧ №7» мною прочитано, я полностью согласен (а) на предоставление предложенных мне платных медицинских услуг и даю письменное согласие на их получение.

11. Настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на использование моих персональных данных, в соответствии со ст.9 Федерального закона от 27 июля 2006 года №152 «О персональных данных», с целью регистрации и обработки сведений, необходимых для оказания услуг.

Паспорт или иной документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_

(серия, номер, кем и когда выдан)

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /