

**Информированное добровольное согласие пациента  
по объему и условиям получения платных медицинских услуг  
в бюджетном учреждении здравоохранения Омской области  
«Любинская центральная районная больница»**

Омская область, р.п. Любинский

Я, «Потребитель» (пациент) Кассир

*(фамилия, имя, отчество (полностью))*

в рамках договора на предоставление платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги в бюджетном учреждении здравоохранения Омской области «Любинская центральная районная больница» (далее - БУЗОО «Любинская ЦРБ»), при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников БУЗОО «Любинская ЦРБ» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг 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 ст. 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 «Любинская ЦРБ» и согласен (-на) их оплатить в соответствии с действующим прейскурантом цен на платные медицинские услуги в БУЗОО «Любинская ЦРБ».

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 «Любинская ЦРБ». 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 бюджетном учреждении здравоохранения Омской области «Любинская центральная районная больница» мною прочитано, я полностью согласен (-на) на предоставление предложенных мне платных медицинских услуг и даю письменное согласие на их получение.

Подпись: \_\_\_\_\_

Кассир  
(Ф.И.О.)