Приложение № 2

 к Приказу № 119-од от 10.04.2024 г.

**Согласие на оказание платных медицинских услуг**

**и заключение договора оказания платных медицинских услуг**

Я, гражданин (ка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО прописывается собственноручно полностью, паспортные данные)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ до получения платной медицинской услуги в ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» (г. Тюмень) и до заключения договора оказания платных медицинских услуг в доступной для меня форме, проинформирован(а) о нижеследующем:

- о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы, в рамках реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, принятой на текущий год, как в ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» (г. Тюмень), так и в других медицинских организациях Тюменской области;

- о перечне платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, утв. Минздравом РФ, предоставляемых ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» (г. Тюмень) (Исполнитель), о ценах на платные услуги, условиях, форме и порядке их предоставления и оплаты;

- сроках ожидания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в рамках реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, принятой на текущий год, как в ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» (г. Тюмень), так и в других медицинских организациях Тюменской области;

- сроках ожидания предоставления платных медицинских услуг;

- о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, уровне их профессионального образования и квалификации;

- мне предоставлена вся необходимая информация о ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» ( г. Тюмень), в том числе, адрес сайта ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» (г. Тюмень) в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», сведения о режиме работы медицинской организации, графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг ;

- об учредителе, о контролирующих органах, как по надзору в сфере здравоохранения, так и в сфере защиты прав потребителей (их адреса и телефоны), иная информация, предусмотренная правилами предоставления платных медицинских услуг;

- мне предоставлены актуальные сведения о лицензиях ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» (г. Тюмень) на осуществление медицинской деятельности, ее номере, сроках действия, а также информация об органе, выдавшем указанную лицензию, я ознакомлен(а) с перечнем работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензиями;

- я информирован(а) о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

- я предупрежден(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- я информирован (а), что отказ потребителя от заключения договора оказания платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы ОМС;

Мною добровольно, своей волей и в своем интересе, без какого-либо принуждения, выбраны виды платных медицинских услуг, которые я хочу получить в ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» (г. Тюмень), я ознакомлен (-а) с действующим прейскурантом на платные медицинские и иные платные услуги ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» (г. Тюмень) и согласен(-на) их оплатить в соответствии с ним.

Я, получив полную информацию о возможности и условиях оказания пациенту бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС, хочу воспользоваться своим правом на получение платных медицинских и иных услуг в соответствии со статьей 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю свое согласие на их получение и готов (а) их оплатить.

Я удостоверяю, что текст настоящего информированное согласия мною прочитан, его положения мне понятны, я даю свое согласие на получение и оплату платных медицинских и иных платных услуг в ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» (г. Тюмень) и на заключение договора оказания платных медицинских и иных услуг.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 (подпись потребителя/ законного представителя потребителя) ( расшифровка подписи )

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 (подпись заказчика) ( расшифровка подписи )

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.