

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Кемеровской области  
«Беловская городская детская больница»  
**ИНФОРМАЦИОННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА**  
на предоставление медицинских услуг на платной основе

Главному врачу  
ГБУЗ КО «Беловская городская детская больница»  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

На основании ч.2. ст. 19, ст.84 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» я, \_\_\_\_\_, желаю получить платные медицинские услуги в ГБУЗ КО «Беловская городская детская больница». Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение о предлагаемых диагностических мероприятиях и лечении моего заболевания.

Мне разъяснено, какие диагностические процедуры и лечение, соответствующие моему заболеванию я могу получить бесплатно, в рамках системы обязательного медицинского страхования и Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Кемеровской области.

Мне также разъяснено, что я могу получить диагностические мероприятия и лечение моего заболевания вне рамок обязательного медицинского страхования и Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Кемеровской области на платной основе.

Решение об отказе получения диагностики и лечения моего заболевания в рамках обязательного медицинского страхования и Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Кемеровской области принято в связи с тем, что услуги оказываются

а) на иных условиях, чем предусмотрено Территориальной программой и (или) целевыми программами в том числе:

- сверх объемов медицинской помощи, установленных государственным и/или муниципальным заданием;

б) при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг (без направления лечащего врача), за исключением случаев и порядка, предусмотренных статьей 21 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

в) гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию;

Я ознакомлен(а) с действующим в учреждении Прейскурантом цен и согласен(а) оплатить стоимость указанной медицинской 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 поняты.

\_\_\_\_\_ подпись пациента

Информацию до пациента довел: кассир \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ подпись представителя ГБУЗ КО «Беловская городская детская больница».

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Кемеровской области  
«Беловская городская детская больница»  
**ИНФОРМАЦИОННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА**  
на предоставление медицинских услуг на платной основе

Главному врачу  
ГБУЗ КО «Беловская городская детская больница»  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

На основании ч.2. ст. 19, ст.84 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» я, \_\_\_\_\_, желаю получить платные медицинские услуги в ГБУЗ КО «Беловская городская детская больница». Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение о предлагаемых диагностических мероприятиях и лечении моего заболевания.

Мне разъяснено, какие диагностические процедуры и лечение, соответствующие моему заболеванию я могу получить бесплатно, в рамках системы обязательного медицинского страхования и Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Кемеровской области.

Мне также разъяснено, что я могу получить диагностические мероприятия и лечение моего заболевания вне рамок обязательного медицинского страхования и Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Кемеровской области на платной основе.

Решение об отказе получения диагностики и лечения моего заболевания в рамках обязательного медицинского страхования и Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Кемеровской области принято в связи с тем, что услуги оказываются

а) на иных условиях, чем предусмотрено Территориальной программой и (или) целевыми программами в том числе:

- сверх объемов медицинской помощи, установленных государственным и/или муниципальным заданием;

б) при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг (без направления лечащего врача), за исключением случаев и порядка, предусмотренных статьей 21 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

в) гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию;

Я ознакомлен(а) с действующим в учреждении Прейскурантом цен и согласен(а) оплатить стоимость указанной медицинской 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 поняты.

\_\_\_\_\_ подпись пациента

Информацию до пациента довел: кассир \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ подпись представителя ГБУЗ КО «Беловская городская детская больница».

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.