

ЗАЯВЛЕНИЕ

(информированное добровольное согласие)
на оказание платных медицинских услуг по личной инициативе граждан

Я, _____, действующий на основании закона (если родитель) или на основании
доверенности (если иное лицо) в интересах несовершеннолетнего _____,
прошу оказать _____ платные медицинские услуги, в рамках договора об оказании платных медицинских

услуг, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее.
С правами пациента в соответствии со статьями 18, 20-22, 28, 41 Конституции, ст. 13, 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», с порядком получения медицинских услуг на бесплатной основе в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Вологодской области на текущий год ознакомлен(а). От получения плановой бесплатной медицинской помощи по месту прикрепления (с учетом права на выбор медицинского учреждения и лечащего врача) отказываюсь. Даю свое согласие на оказание платных медицинских услуг несовершеннолетнему (в интересах которого я действую) и готов их оплатить.

Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.
Я согласен(а) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, не несет ответственности за их возникновение.

Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.
Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с врачом и я даю свое согласие на их оплату в кассу бюджетного учреждения здравоохранения Вологодской области «Череповецкая детская городская поликлиника № 1» (далее – **БУЗ ВО «Череповецкая детская городская поликлиника № 1»**) в сумме _____ руб. (_____)

Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение медицинской услуги в БУЗ ВО «Череповецкая детская городская поликлиника № 1».

Я уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья, и согласен(на) заключить Договор на оказание платных медицинских услуг с БУЗ ВО «Череповецкая детская городская поликлиника № 1».

Настоящее заявление мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

С условием и размером оплаты ознакомлен(а).

Подпись _____ / _____ /
(ФИО гражданина или законного представителя гражданина)

Дата _____ 20 ____ г.