

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Детский санаторий № 42 Департамента здравоохранения города Москвы»**

123103, г. Москва, ул. Таманская, дом 15, корп. 2125362 телефон: 8 (499) 199-28-25
ИНН/КПП 7734251530/773401001 факс: 8 (499) 199-28-25

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на оказание/получение платных медицинских и иных услуг**

г. Москва

« ____ » _____ 20 ____ г.

Я, _____, _____ г.р., паспорт гражданина РФ серия ____ № _____, выданный _____, зарегистрированный(ая) по адресу: _____, тел. _____, находясь в здравом уме и ясном сознании, понимая значение своих действий и руководствуясь ими, самостоятельно обратился(лась) в ГБУЗ ДС № 42 ДЗМ за получением платных медицинских услуг и дополнительных сопутствующих услуг, неотделимых и неразрывно связанных с оказанием медицинской помощи, в соответствии с договором на оказание платных медицинских и иных услуг № _____ от _____.

Я ознакомлен(а):

- со ст. 41 Конституции Российской Федерации, дающей мне и моему несовершеннолетнему ребенку право получить медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений;

- со ст.ст. 19, 80, 81, 84 Ф3 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ, в соответствии с которыми я имею право на получение медицинской помощи в гарантированном объеме, оказываемой без взимания платы в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации; также я имею право на получение платных медицинских услуг, предоставляемых по желанию при оказании медицинской помощи, и платных немедицинских услуг (бытовых, сервисных и иных услуг), предоставляемых дополнительно при оказании медицинской помощи; и также, в соответствии с которыми медицинские организации, участвующие в реализации Территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеют право предоставлять платные медицинские услуги, при самостоятельном обращении за медицинской помощью и/или на иных условиях, чем предусмотрено территориальными и/или целевыми программами бесплатного оказания медицинской помощи, как в полном объеме стандарта медицинской помощи (схемы ведения пациентов), так и в виде отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, или оказываемом сверх установленного государственного задания;

- с Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»;

- с Постановлением Правительства Москвы от 30 декабря 2020 года № 2401-ПП «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025г», устанавливающим перечень видов, форм, условий и порядков бесплатного предоставления медицинской помощи, по медицинским показаниям, на основе стандартов медицинской помощи и с учетом используемых клинических рекомендаций;

- со ст.ст. 44, 47 Ф3 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010г. №326-ФЗ, ст. 9 Ф3 «О защите персональных данных» от 27 июля 2006г. №152-ФЗ и осознанно и добровольно даю согласие на ведение персонализированного учёта сведений, необходимых для организации и оказания медицинской помощи моему несовершеннолетнему ребенку. Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение о своих правах и обязанностях в соответствии со ст.ст. 18, 19, 20, 21, 22, 23, 27 Ф3 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ, о стоимости услуг в соответствии с действующим Прейскурантом, условиях и ограничениях при их оказании, перечень и стоимость медицинских услуг согласованы со мной, и я **отказываюсь:**

от бесплатного получения медицинской помощи (медицинских услуг, выбранных мной в рамках договора об оказании платных медицинских услуг), в том числе в соответствии с действующей Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве в порядке и на условиях, установленных законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован(а), что Фондом обязательного медицинского страхования, а также страховыми медицинскими организациями возмещение затрат на платные медицинские услуги гражданам не осуществляется. Возмещение затрат осуществляется в форме социального налогового вычета и в порядке, установленном Постановлением Правительства Российской Федерации от 08 апреля 2020г. № 458 «Об утверждении перечней медицинских услуг и дорогостоящих видов лечения в медицинских организациях, у индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность, суммы оплаты которых за счёт собственных средств налогоплательщика учитываются при определении суммы социального налогового вычета».

Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения и диеты; отказ от госпитализации и медицинского вмешательства; несвоевременное обращение за медицинской помощью, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение, что используемые технологии медицинской помощи не могут полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных: индивидуальными особенностями организма; тяжестью основного и сопутствующих заболеваний; прогностически неблагоприятным течением заболевания; появлением ранее неизвестных (скрытых) обстоятельств, информация о которых могла повлиять на выбор тактики лечения и прогноз; несовершенством медицины и отсутствием стопроцентных гарантий достижения результата у применяемых на современном уровне здравоохранения методик и технологий, а также возможных неблагоприятных последствий выполнения указаний Заказчика о способе исполнения работ (выбор методик, времени и места получения услуг), в том числе с использованием материалов Заказчика.

Я даю согласие на осмотр и оказание мне медицинских услуг другими медицинскими работниками.

Информацию, касательно меня, составляющую врачебную тайну, я доверяю передавать _____.

Настоящей подписью я выражаю полное и безоговорочное согласие со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и понятны, **добровольно даю своё согласие и настаиваю на получении медицинских услуг на возмездной основе за счет своих личных средств в ГБУЗ ДС № 42 ДЗМ.**

Заказчик _____

(Ф.И.О. полностью и подпись)

Разъяснительную беседу провёл и подтверждаю собственноручную подпись Заказчика в моем присутствии:

Заместитель главного врача по экономическим вопросам _____ Буткевич И.А.

(должность, Ф.И.О. и личная подпись сотрудника ГБУЗ ДС № 42 ДЗМ)