

Информированное добровольное согласие пациента (Потребителя/Заказчика) на получение платных слуг и обработку необходимых персональных данных

Я, _____
Ф И О - пациента (в случае дальнейшего заключение Договора законным представителем в пользу пациента, указывается в лице _____ законного представителя, именуемого (ой) в дальнейшем «Законный представитель»), действующий интересах Пациента до получения платной медицинской услуги в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Ставропольского края «Пятигорская городская клиническая больница №2» (далее ГБУЗ СК «Пятигорская ГКБ №2») и до заключения договора оказания платных медицинских услуг в доступной зля меня форме, проинформирован (а) о нижеследующем:

- о возможности получения соответствующих видов к объемов медицинской помощи без взимания платы, в рамках реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Ставропольского края на текущий календарный год, как в ГБУЗ СК «Пятигорская ГКБ №2», так и в других медицинских организациях Ставропольского края;
- о перечне платных медицинских услуг, предоставляемых ГБУЗ СК «Пятигорская ГКБ №2» (Исполнитель), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензиями, о стоимости платных услуге условиях, форме и порядке их предоставления и оплаты;
- о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, уровне их профессионального образования и квалификации;
- о целях, характере, методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствий, ожидаемых результатах и возможных осложнениях оказания медицинской помощи;
- об используемых при предоставлении штатных медицинских услуг лекарственных препаратах медицинских изделиях;

Мне предоставлена вся необходимая информация;

- об учреждении, в том числе о режиме работы учреждения, графике работы работников;
- о контролирующих органах, как по надзору сфере здравоохранения, так и сфере защиты прав потребителей (их адреса и телефоны), иная информация, предусмотренная правилами предоставления платных медицинских услуг,
- о том, что отказ пациента от заключения договора оказания платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов н объемов медицинской помощи, предоставляемых такому пациенту без взимания платы в рамках программы и. территориальной программы ОМС
- о лицензиях ГБУЗ СК «Пятигорская ГКБ №2» осуществление медицинской деятельности.

Мною добровольно, своей волей и в своем интересе, без какого-либо принуждения, выбраны виды платных медицинских услуг, которые я хочу получить в ГБУЗ СК «Пятигорская ГКБ №2», я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом на платные

медицинские и иные платные услуги в ГБУЗ СК «Пятигорская ГКБ №2» и согласен(а) оплатить в соответствии с ним.

Я предупрежден(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников ГБУЗ СК «Пятигорская ГКБ №2», предоставляющих 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 моего здоровья,

Я, получив полную информацию о возможности и условиях оказания пациенту бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Ставропольского края на текущий календарный год, хочу воспользоваться своим правом на получение платных медицинских и иных услуг, даю свое согласие на получение и оплату платных медицинских и иных платных услуг в ГБУЗ СК «Пятигорская ГКБ №2» и на заключение договора оказания платных медицинских и иных услуг. Своей подписью подтверждаю дачу согласия Исполнителю на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в Федеральном законе «152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по Договору.

дата Подпись пациента (его законного представителя) _____