

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ
«ОБЛАСТНАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА имени Н.Н. Силищевой»

ПРИКАЗ

18 февраля 2022 г.

№ 114

г. Астрахань

О внесении изменений в приказ
главного врача от 22.01.2020 года №41
«Об организации платных услуг»

В соответствии с частью 7 статьи 84 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323 - ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», статьей 39.1 Закона Российской Федерации от 07.02.1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей», Федеральным законом от 27.07.2006 г. «О персональных данных» №152-ФЗ, Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», во исполнение Постановления Министерства здравоохранения Астраханской области от 31.03.2013 г. №7П «Об утверждении Порядка определения цен (тарифов) на медицинские услуги, предоставляемые медицинскими организациями, являющимися бюджетными и казенными государственными учреждениями здравоохранения Астраханской области» с учетом вносимых изменений, распоряжения Министерства здравоохранения Астраханской области от 10.07.2014 г. № 982р «О мерах по реализации постановления Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», в целях упорядочения предоставления и дальнейшего развития платных услуг в медицинской организации

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести изменения в приказ главного врача от 22.01.2020 года № 41 «Об организации платных услуг» изложив Приложение № 5 «Типовая форма информированного согласия пациента на предоставление платных медицинских услуг» в новой редакции (прилагается).

2. И.о. заведующей канцелярией Репиной А. К. ознакомить с настоящим приказом сотрудников посредством электронной почты.

3. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

Главный врач



Ю.В. Яснопольский

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я, _____,
(Ф.И.О. законного представителя / пациента)

в рамках договора возмездного оказания медицинских услуг физическим лицам (дополнительных к гарантированному объему бесплатной медицинской помощи), желаю получить медицинские услуги в ГБУЗ АО «Областная детская клиническая больница им. Н.Н. Силищевой». При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я получил (а) от сотрудников ГБУЗ АО «Областная детская клиническая больница им. Н.Н. Силищевой» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в данной медицинской организации в рамках программы государственных гарантий получения бесплатной медицинской помощи на территории Астраханской области на 20 ____ год, даю свое согласие на предоставление мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.

2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

3. Мне доступно разъяснены сотрудниками ГБУЗ АО «Областная детская клиническая больница им. Н.Н. Силищевой» мои права и обязанности в сфере охраны здоровья в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

4. Врачи медицинской организации довели до моего сведения информацию об альтернативных методах лечения, информацию об оперативном лечении с использованием медицинского оборудования отечественного и импортного производства на современном уровне.

5. Я согласен (на) 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, ГБУЗ АО «Областная детская клиническая больница им. Н.Н. Силищевой» не несет ответственности за их возникновение.

6. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения, я должен (на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей ГБУЗ АО «Областная детская клиническая больница им. Н.Н. Силищевой».

7. Я согласен добросовестно выполнять правила получения услуги и рекомендации медицинского персонала в ходе лечебного процесса, включая режим лечения, так как несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги и повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя. За последствия невыполнения Пациентом рекомендаций Исполнитель ответственности не несет и оставляет за собой право отказать в дальнейшем обслуживании.

8. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с лечащим врачом, и я даю свое согласие на их оплату.

9. Я ознакомлен (а) с действующим прейскурантом цен на платные медицинские услуги и согласен (на) оплатить стоимость медицинской(их) услуги (услуг) в соответствии с ним.

10. Я проинформирован (а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других медицинских организациях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной(ых) медицинской(их) услуги (услуг) в ГБУЗ АО «Областная детская клиническая больница им. Н.Н. Силищевой».

11. Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют. Настоящее информированное соглашение подписано мною после проведения предварительной беседы и является приложением к договору возмездного оказания медицинских услуг физическим лицам (дополнительных к гарантированному объему бесплатной медицинской помощи).

Пациент / Законный представитель _____ / _____ /
подпись расшифровка подписи

« _____ » _____ 20 ____