КЛИНИКА «ВОЛЬГИНСКАЯ» ФГБУ ГНЦ ФМБЦ

им. А.И. БУРНАЗЯНА ФМБА РОССИИ

**Информированное добровольное согласие пациента**

На основании ч.2. ст. 19, ст.84 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

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 Владимирской 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 Владимирской области.

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 Владимирской области принято в связи с тем, что услуги оказываются

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

- установление индивидуального поста медицинского наблюдения при лечении в условиях стационара;

- применение лекарственных препаратов, не входящих в стандарты оказания медицинской помощи в соответствии с работами (услугами) указанными в лицензии на медицинскую деятельность, в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, если их назначение и применение не обусловлено жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, входящих в указанный перечень;

- применение медицинских изделий, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, не предусмотренных стандартами медицинской помощи;

- сверх объемов медицинской помощи, установленных государственным заданием;

- сверх стандартов медицинских технологий, утвержденных для моего заболевания, или при отсутствии медицинских показаний;

- вне очереди, установленной в медицинском учреждении в соответствии с утвержденными объемами оказания услуг и условий их предоставления в рамках государственного заданий.

Я согласен(а) оплатить приобретение лекарственных препаратов, в случаях указанных выше, 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. Претензий к медицинскому учреждению не имею.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись пациента

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись врача

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата