**УВЕДОМЛЕНИЕ (ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ)**

(в соответствии с п.7, п.14. «Правил предоставления медицинскими организациями

платных медицинских услуг», Утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 г. № 736)

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ф.И.О. пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (в случае дальнейшего заключения Договора законным представителем в пользу пациента, указывается в лице\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ф.И.О. законного представителя\_\_\_\_\_\_ именуемого (-ой) в дальнейшем «Законный представитель»), действующий в интересах Пациента **до получения платной медицинской услуги** в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Ставропольского края "Ставропольская краевая клиническая больница" (далее ГБУЗ СК «СККБ») и **до заключения договора оказания платных медицинских услуг** в доступной для меня форме, проинформирован (а) о нижеследующем:

 о возможности получения соответствующих видов и 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 «СККБ», так и в других медицинских организациях Ставропольского края.

о перечне платных медицинских услуг, предоставляемых ГБУЗ СК «СККБ» (Исполнитель), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензиями, о стоимости платных услуг, 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 платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях;

**Мне предоставлена вся необходимая информация:**

 об учреждении, в том числе, о режиме работы учреждения, графике работы медицинских работников;

 о контролирующих органах, как по надзору в сфере здравоохранения, так и в 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 и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому пациенту без взимания платы в рамках программы и территориальной программы ОМС.

о лицензиях ГБУЗ СК «СККБ» на 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 «СККБ», я ознакомлен (-а) с действующим прейскурантом на платные медицинские и иные платные услуги в ГБУЗ СК «СККБ» и согласен(-на) их оплатить в соответствии с ним.

Я предупрежден (а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников ГБУЗ СК «СККБ», 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 «СККБ» и на заключение договора оказания платных медицинских и иных услуг.

текущая дата Подпись пациента (его законного представителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_