

От Пациента (законного представителя Пациента)

Медицинская карта амбулаторного больного № \_\_\_\_\_

Медицинская карта стационарного больного № \_\_\_\_\_

### Заявление

Я, Пациент (законный представитель) \_\_\_\_\_,

(Ф.И. О. пациента либо его законного представителя)

изъявляю добровольное желание получить платные медицинские услуги в Тамбовском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России (далее – МНТК «Микрохирургия глаза»).

Мне разъяснено и мною осознано, что я имею возможность получения бесплатных медицинских услуг в рамках «Программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи».

Я осведомлен, что согласно пункту 5 статьи 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинские организации, участвующие в реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеют право оказывать пациентам платные медицинские услуги на иных условиях, чем предусмотрено Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, и изъявляю добровольное желание получить платные медицинские услуги: диагностику, обследование, лечение, госпитализацию (нужное подчеркнуть) в Тамбовском филиале ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России.

Я информирован о том, что при наличии показаний к госпитализации в федеральное медицинское учреждение в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.12.2020 № 1363н «Об утверждении Порядка направления застрахованных лиц в медицинские организации, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, для оказания медицинской помощи в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования» и от 02.10.2019 № 824н «Об утверждении порядка оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения», имею возможность получения бесплатных медицинских услуг в федеральном медицинском учреждении в рамках «Программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи» в порядке очереди по направлению лечащего врача (врача-офтальмолога) из поликлиники по месту жительства или территориального органа управления здравоохранением установленного образца.

Мне разъяснено и мною осознано, что при превышении сроков ожидания медицинской помощи в медицинской организации по сравнению со сроками, установленными Программой государственных гарантий оказания медицинской помощи, я могу получить бесплатную медицинскую помощь в других медицинских учреждениях.

Я также информирован, что при отсутствии показаний к госпитализации в федеральное медицинское учреждение, могу получить медицинскую помощь в другом медицинском учреждении по Территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.

Мне также разъяснено, что я могу получить как один из видов платных услуг, так и несколько видов услуг на платной основе.

Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость указанных медицинских услуг в соответствии с ним.

Виды следующих платных медицинских услуг:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги без налога (НДС), руб.	Количество услуг	Общая стоимость без налога (НДС), руб.
				Итого:	

Итоговая сумма прописью \_\_\_\_\_, без налога (НДС), в соответствии с п.п. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ.

Согласованы с врачом, и я даю свое добровольное согласие на их оплату Тамбовскому филиалу ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России.

Настоящее заявление подписано мною на приеме у лечащего врача после проведенной разъяснительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

Пациент (законный представитель Пациента) \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Переводчик подтверждает, что текст настоящего договора и вся содержащаяся в нем информация переведена пациенту в полном объеме.

Переводчик \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_ ФИО

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.