

УВЕДОМЛЕНИЕ

Уважаемый пациент, ГБУ «Шалинская центральная районная больница» Министерства здравоохранения Чеченской Республики до заключения договора на оказание платных медицинских услуг, информирует Вас:

1) О возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в выбранной Вами медицинской организации и/или в медицинской организации по месту Вашего жительства на основании соответствующего направления лечащего врача.

2) Причинами предоставления платных медицинских услуг являются:

- добровольное желание Пациента получить медицинские услуги за плату и наличие медицинских показаний;
- самостоятельное обращение Пациента без направления лечащего врача за получением медицинских услуг, за исключением случаев оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и медицинской помощи, оказываемой в неотложной или экстренной форме;
- отсутствие полиса обязательного медицинского страхования;
- сверх объемов территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- услуги, не входящие в объемы медицинской помощи по территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- сверх стандартов лечения;
- услуги в удобное для пациентов время;
- на анонимной основе, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации (ВИЧ, СПИД, туберкулез и т.д.);
- оказание медицинских услуг гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию и случаев оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, и медицинской помощи, оказываемой в неотложной или экстренной форме.

3). Несоблюдение указаний и рекомендаций медицинского работника, непосредственно оказывающего 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 здоровья пациента.

« ____ » _____ 202 ____ г.

Информацию получил _____

Журнал
регистрации обращений на оказание платных медицинских услуг,
предоставляемых

В _____
(наименование структурного подразделения)

Начат: _____
Окончен: _____

№№ п/п	дата обращения	фамилия, имя, отчество(полностью), документ удостоверяющий личность потребителя (заказчика)	Адрес и телефон потребителя (заказчика) услуг	вид услуги
1	2	3	4	5

оплата 100% 50%	документ, подтверждающий право на льготы	подпись потребителя (заказчика) услуги	аннулирование (возврат) договора, в случае отказа от услуги	Подпись потребителя (заказчика) о возврате договора	примечание
6	7	8	9	10	11