Приложение № 5
к приказу № 79
от «14» сентября 2026г.

Информированное добровольное согласие Потребителя на заключение договора о предоставление платных медицинских услуг

Я, гражданин (ка)_____,
(*ФИО полностью, паспортные данные*)

до получения платной медицинской услуги и до заключения договора на оказание платных медицинских услуг в КГБУЗ «Алтайская краевая офтальмологическая больница» (далее - Исполнитель) в доступной для меня информационной форме ознакомлен(а) о нижеследующем:
- о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинских услуг без взимания платы, в рамках реализации Территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи в Алтайском крае, принятой на текущий год;
- о перечне платных медицинских услуг, представляемых Исполнителем, ценах на платные услуги (в соответствии с действующим Прейскурантом), форме и порядке их предоставления и оплаты;
- о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, уровне их профессионального образования и квалификации;
- о необходимой информации об учреждении, в том числе, о режиме работы учреждения, графике работы медицинских работников;
- о контролирующих органах по надзору в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей (адреса, номера телефонов), иная информация, предусмотренная правилами предоставления платных медицинских услуг.

Мне предоставлены актуальные сведения о лицензиях КГБУЗ «Алтайская краевая офтальмологическая больница» на осуществление медицинской деятельности.

Я информирован(на) о целях, характере, факторах риска и возможных осложнениях при оказании платных медицинских услуг.

Я предупрежден(на), что несоблюдение назначений (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я информирован(на), что отказ Потребителя от заключения договора оказания платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения

видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому Потребителю без взимания платы в рамках программы ОМС.

Я, получив полную информацию о возможности и условиях оказания Пациенту бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС, хочу воспользоваться своим правом на получение платных медицинских и иных услуг в соответствии со статьей 84 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю свое согласие на их получение и готов(ва) их оплатить.

От предложенной мне альтернативной медицинской помощи и бесплатной медицинской помощи, предложенной мне в порядке очередности, отказываюсь.

Я удостоверяю, что текст настоящего информированного согласия мною прочитан, его положения мне понятны, я даю согласие на получение и оплату платных медицинских и иных платных услуг в КГБУЗ «Алтайская краевая офтальмологическая больница» и на заключение договора оказания платных медицинских услуг.

_____ / _____ «____»_____20___ г.

(Ф.И.О Потребителя,) *(подпись Потребителя)*

Приложение № 6
к приказу № 79
от «14» сентября 2026г.

Информированное добровольное согласие Заказчика на заключение договора о предоставление платных медицинских услуг

Я, гражданин (ка)_____,
(*ФИО законного представителя, полностью паспортные данные*)
в интересах несовершеннолетнего
_____
(*ФИО полностью, дата рождения*)
до получения платной медицинской услуги и до заключения договора на оказание платных медицинских услуг в КГБУЗ «Алтайская краевая офтальмологическая больница» (далее - Исполнитель) в доступной для меня информационной форме ознакомлен(а) о нижеследующем:
- о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинских услуг без взимания платы, в рамках реализации Территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи в Алтайском крае, принятой на текущий год;
- о перечне платных медицинских услуг, представляемых Исполнителем, ценах на платные услуги (в соответствии с действующим Прейскурантом), форме и порядке их предоставления и оплаты;
- о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, уровне их профессионального образования и квалификации;
- о необходимой информации об учреждении, в том числе, о режиме работы учреждения, графике работы медицинских работников;
- о контролирующих органах по надзору в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей (адреса, номера телефонов), иная информация, предусмотренная правилами предоставления платных медицинских услуг.

Мне предоставлены актуальные сведения о лицензиях КГБУЗ «Алтайская краевая офтальмологическая больница» на осуществление медицинской деятельности.

Я информирован(на) о целях, характере, факторах риска и возможных осложнениях при оказании платных медицинских услуг.

Я предупрежден(на), что несоблюдение назначений (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я информирован(на), что отказ Потребителя от заключения договора оказания платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому Потребителю без взимания платы в рамках программы ОМС.

Я, получив полную информацию о возможности и условиях оказания Пациенту бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС, хочу воспользоваться своим правом на получение платных медицинских и иных услуг в соответствии со статьей 84 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю свое согласие на их получение и готов(ва) их оплатить.

От предложенной мне альтернативной медицинской помощи и бесплатной медицинской помощи, предложенной мне в порядке очередности, отказываюсь.

Я удостоверяю, что текст настоящего информированного согласия мною прочитан, его положения мне понятны, я даю согласие на получение и оплату платных медицинских и иных платных услуг в КГБУЗ «Алтайская краевая офтальмологическая больница» и на заключение договора оказания платных медицинских услуг.

_____ / _____ «____»_____20___ г.

(Ф.И.О. законного представителя) *(подпись законного представителя)*

Приложение № 7
к приказу № 79
от «14» сентября 2026г

Информированное добровольное согласие Потребителя и Заказчика на заключение договора о предоставление платных медицинских услуг

Мы, гражданин (ка)_____,
(*ФИО Заказчика полностью (паспортные данные)*)
и гражданин (ка)_____
(*ФИО Потребителя полностью, (паспортные данные)*

до получения платной медицинской услуги и до заключения договора на оказание платных медицинских услуг в КГБУЗ «Алтайская краевая офтальмологическая больница» (далее - Исполнитель) в доступной для нас информационной форме ознакомлены о нижеследующем:

- о возможности получения Потребителем соответствующих видов и объемов медицинских услуг без взимания платы, в рамках реализации Территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи в Алтайском крае, принятой на текущий год;
- о перечне платных медицинских услуг, представляемых Исполнителем, ценах на платные услуги (в соответствии с действующим Прейскурантом), форме и порядке их предоставления и оплаты;
- о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, уровне их профессионального образования и квалификации;
- о необходимой информации об учреждении, в том числе, о режиме работы учреждения, графике работы медицинских работников;
- о контролирующих органах по надзору в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей (адреса, номера телефонов), иная информация, предусмотренная правилами предоставления платных медицинских услуг.

Нам предоставлены актуальные сведения о лицензиях КГБУЗ «Алтайская краевая офтальмологическая больница» на осуществление медицинской деятельности.

Мы информированы о целях, характере, факторах риска и возможных осложнениях при оказании платных медицинских услуг.

Мы предупреждены, что несоблюдение назначений (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за

собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Мы информированы, что отказ Потребителя и (или) Заказчика от заключения договора оказания платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому Потребителю без взимания платы в рамках программы ОМС.

Мы, получив полную информацию о возможности и условиях оказания Пациенту бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС, хотим воспользоваться правом Потребителя на получение платных медицинских и иных услуг в соответствии со статьей 84 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даем свое согласие на их получение и Заказчик готов их оплатить.

От предложенной Потребителю альтернативной медицинской помощи и бесплатной медицинской помощи, предложенной в порядке очередности, отказываемся.

Каждый из нас удостоверяет, что текст настоящего информированного согласия прочитан Потребителем и Заказчиком, его положения понятны, каждый из перечисленных дает согласие на получение и оплату платных медицинских и иных платных услуг в КГБУЗ «Алтайская краевая офтальмологическая больница» и на заключение договора оказания платных медицинских услуг.

_____ / _____ «____»_____20___ г.
(Ф.И.О Заказчика) *(подпись)*

_____ / _____ «____»_____20___ г.
(Ф.И.О Потребителя) *(подпись)*