|  |  |
| --- | --- |
|   Приложение № 9к приказу главного врачаБУЗ УР «Глазовская ГСП МЗ УР»от 01.09.2023г. № 65 /01-04 Главному врачу  БУЗ УР «Глазовская ГСП МЗ УР»  от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О. пациента полностью \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ проживающего по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**ЗАЯВЛЕНИЕ****об оказании платных медицинских услуг**  Настоящим подтверждаю, что я проинформирован(а) медицинским работником данного учреждения здравоохранения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Должность, Ф.И.О. медицинского работника структурного подразделения, оказывающего медуслуги в рамках Терпрограммы ОМС)о возможности получения мной (моим ребенком) на безвозмездной основе медицинских услуг  (нужное подчеркнуть)  в плановом порядке «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Удмуртской республики.**Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Подпись медицинского работника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |
| Кроме того, я проинформирован(а) медицинским работником данного учреждения здравоохранения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Должность, Ф.И.О. медицинского работника структурного подразделения,  оказывающего платные медицинские услуги)о возможности получения мной (моим ребенком) платных медицинских услуг  (нужное подчеркнуть) «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. на иных условиях, чем предусмотрено Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Удмуртской республики (отметить нужное):* обращение в любое удобное для пациента время без предварительной записи на бесплатный прием на 14 календарных дней вперед при оказании плановой стоматологической помощи, а также оказание неотложной стоматологической помощи без ожидания в очереди до 2-х часов;
* применение медицинских изделий, не предусмотренных стандартами медицинской помощи;

кроме того:* при самостоятельном обращении;
* по желанию пациента;
* при оказании платных медицинских услуг лицам, не имеющим право на их получение.

**Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись медицинского работника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Сравнив возможность получения медицинских услуг на безвозмездной и платной основе, я добровольно и сознательно выбираю указанные платные медицинские услуги.**  **Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)** **Фамилия, инициалы**  **«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.** |  |