|  |  |
| --- | --- |
| Приложение № 9  к приказу главного врача  БУЗ 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.** |  |