**Hello** ${firstname} ${lastname}! Приложение № 1

к Правилам предоставления гражданам платных медицинских

услуг Обществом с ограниченной ответственностью

«САНАДЕНТ»

ФОРМА ПРОТОКОЛА

ознакомления гражданина с информацией

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_начало формы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ПРОТОКОЛ

ознакомления гражданина с информацией общего характера

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_${firstname} \_\_\_${lastname}\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_»

(Ф.И.О. гражданина) (год рождения)

зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина)

в связи с обращением за медицинской помощью в Общество с ограниченной ответственностью «САНАДЕНТ» (ООО «САНАДНТ»), далее – Клиника:

1. Ознакомлен (а):

- с наименованием Клиники;

- с адресом места нахождения Клиники, данными документа, подтверждающего факт внесения сведений о Клинике в Единый государственный реестр юридических лиц, и органа, осуществившего государственную регистрацию;

- с лицензией на осуществление медицинской деятельности (номером и датой регистрации, перечнем работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Клиники в соответствии с лицензией, наименованием, адресом места нахождения и телефоном выдавшего ее лицензирующего органа);

- с перечнем платных медицинских услуг и ценами на услуги,

- со сведениями об условиях, порядке, форме предоставления платных медицинских услуг и порядке их оплаты;

- со сведениями о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;

- с режимом работы Клиники, графиком работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;

- с адресами и телефонами органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, осуществляющими контроль за деятельностью медицинских учреждений;

- с правилами внутреннего распорядка для посетителей, правилами предоставления гражданам платных медицинских услуг;

- с нормативными правовыми актами, действующими в сфере здравоохранения, в том числе Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006.

- с полным текстом типовой формы договора, в том числе, правами и обязанностями заказчика и пациента.

2. Предупрежден (а), что Клиника не оказывает бесплатно медицинскую помощь в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, а также не осуществляет отпуск медицинских изделий на льготных условиях, и разъяснено, что я вправе обратиться в другие медицинские учреждения по собственному усмотрению для получения медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи и оформления рецептов для получения лекарственных средств и медицинских изделий на льготных условиях.

3. Ознакомлен (а) с порядком, объемом и условиями оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, а также с порядком и условиями льготного обеспечения лекарственными средствами и медицинскими изделиями.

4. Получил (а) ответы на все интересующие меня вопросы в доступной и понятной для меня форме.

С информацией и документацией ознакомил (а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(Ф.И.О., должность работника Клиники)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

(подпись) (Ф.И.О. гражданина)