

Додаток 1

до Положення про платні медичні послуги, які надаються комунальним некомерційним підприємством «Обласна лікарня інтенсивного лікування м. Маріуполь»

ЗАЯВА
про добровільну відмову від отримання медичних послуг
за Програмою медичних гарантій

Я, _____,
свідчу про те, що лікарем _____

мені повідомлено, що я маю право на отримання безоплатних медичних послуг, включаючи певні лікарські засоби та вироби медичного призначення у межах Програми медичних гарантій або інших цільових програм.

Мені повідомлено, що з урахуванням встановленого мені діагнозу я маю право на отримання таких медичних послуг у межах Програми медичних гарантій:

Між тим, мені відомо, що відповідно до положень ст. 6 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» отримання необхідних мені медичних послуг, медичних виробів та лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України, передбачених на реалізацію програми медичних гарантій, у надавачів медичних послуг **є моїм правом, а не обов'язком.**

Враховуючи наведені вище норми законодавства, я свідомо та без будь-якого тиску добровільно відмовляюсь від свого права на отримання медичних послуг у межах Програми медичних гарантій або іншої цільової програми та бажаю самостійно сплатити вартість наступних медичних послуг за чинним у КНП «ОБЛАСНА ЛІКАРНЯ ІНТЕНСИВНОГО ЛІКУВАННЯ М. МАРІУПОЛЬ» прейскурантом цін:

Я повністю усвідомлюю, що після того, як я реалізував/ла свої права на відмову від безоплатного отримання медичних послуг у межах Програми медичних гарантій або інших цільових програм, я втрачаю право вимагати відшкодування вартості оплачених мною медичних послуг, а також втрачаю право на будь-які інші види відшкодування, а також втрачаю право на пред'явлення будь-яких претензій та позовів з цього приводу.

Враховуючи положення пункту 6 статті 3 Цивільного кодексу України та доктрину *venire contra factum proprium* (заборони суперечливої поведінки), з моменту підписання цієї згоди я свідомо відмовляюсь від свого права вимагати сплати будь-яких компенсацій, відшкодування будь-якої шкоди або моральної шкоди, відмовляюсь від права звернення зі скаргами, відмовляюсь від права судового захисту у цивільному та/або кримінальному процесі тощо стосовно ненадання мені безоплатних медичних послуг у межах Програми медичних гарантій або інших цільових програм, що вказані у цій заяві.

Я, _____,
підтверджую, що уважно ознайомився/ознайомилась зі змістом цієї заяви, мав/мала можливість ставити усі запитання щодо запланованого медичного втручання, включаючи

переваги та недоліки різних видів виробів медичного призначення, які мене цікавили, мені були надані вичерпні та зрозумілі відповіді, в мене було достатньо часу аби у спокійній обстановці, без тиску на мене, обмірковувати отриману інформацію, включаючи ризики настання будь-яких несприятливих наслідків, я мав/мала можливість оцінити альтернативні методи лікування, вивчити усю необхідну документацію, оцінити переваги та недоліки участі у Програмі медичних гарантій, інших цільових програм, переваги та недоліки отримання медичних послуг з самостійною оплатою їх вартості, унаслідок чого я заявляю про свою безповоротну відмову від безоплатних медичних послуг у межах Програми медичних гарантій або інших цільових програм, та прошу надати мені виключно платні послуги, які я зобов'язуюсь сплатити на загальних умовах, що підтверджую своїм підписом

Підпис _____ / _____ /

«___» _____ 202__