

Додаток 2

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

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА
на застосування медичних виробів, які не покриваються
Програмою медичних гарантій або іншими програмами
забезпечення пацієнтів безкоштовними виробами медичного призначення

Я, _____,
свідчу про те, що працівниками КНП «ОБЛАСНА ЛІКАРНЯ ІНТЕНСИВНОГО ЛІКУВАННЯ М. МАРІУПОЛЬ» мені повідомлено, що я маю право на отримання безоплатних медичних послуг, включаючи 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 безоплатне отримання наступних виробів медичного призначення:

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**.

Також мені відомо, що згідно з пунктом «д» частини першої статті 6 Основ законодавства України про охорону здоров'я, **я маю право на вибір методів лікування** та/або реабілітації відповідно до рекомендацій лікаря.

Як передбачено п. 2.2 Декларації про політику у сфері забезпечення прав пацієнта в Європі, пацієнти мають право на вичерпну інформацію про стан свого здоров'я, включаючи **дані про переваги запропонованих та альтернативних методів лікування**.

Враховуючи наведені вище норми законодавства, отримавши та ретельно вивчивши інформацію про альтернативні вироби медичного призначення, реалізуючи свої права пацієнта, я свідомо та без будь-якого тиску, маючи на меті отримання альтернативних виробів медичного призначення іншого виробника, аніж мені запропоновано безоплатно, добровільно відмовляюсь від свого права на отримання безоплатних виробів медичного призначення за відповідною Програмою медичних гарантій або іншою цільовою програмою та бажаю самостійно сплатити вартість наступних виробів медичного призначення, які не покриваються Програмою медичних гарантій або іншою цільовою програмою:

Я повністю усвідомлюю, що після того, як я реалізував/ла свої права на відмову від безоплатного отримання виробів медичного призначення у межах Програми медичних гарантій або інших цільових програм, я втрачаю право вимагати надання мені безоплатних виробів медичного призначення за відповідною Програмою медичних гарантій або іншою цільовою програмою, а також вимагати відшкодування вартості оплачених мною виробів медичного призначення, а також втрачаю право на будь-які інші види відшкодування.

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 повернення коштів, сплати будь-яких компенсацій, відшкодування будь-якої шкоди (моральної шкоди), відмовляюсь від права звернення зі скаргами, відмовляюсь від права судового захисту у цивільному та/або кримінальному процесі тощо стосовно ненадання мені безоплатних виробів медичного призначення у межах Програми медичних гарантій або інших цільових програм, що вказані у цій згоді.

Я, _____, підтверджую, що уважно ознайомився/ознайомилась зі змістом цієї інформованої добровільної згоди, 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, вивчити усю необхідну документацію, унаслідок чого **я надаю свою інформовану добровільну згоду на отримання платних виробів медичного призначення замість безоплатних, які були мені запропоновані, що підтверджую своїм підписом.**

Підпис _____ / _____ /

«___» _____ 202__