Приложение № 3
к приказу ГБУЗ «Городская поликлиника № 5а»
от 31 августа 2023 г. № 315

ДОГОВОР
на предоставление платных медицинских услуг

г. Волжский «____»_____ 202_ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Городская поликлиника № 5", именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Левкина Сергея Владимировича, действующего на основании Устава, лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л041-01146-34/00345139 от 7 марта 2018 г., выданной Комитетом здравоохранения Волгоградской области, с одной стороны и гражданин(ка) _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. На основании медицинских показаний о необходимости обследования и (или) лечения (осмотра), а также желания Пациента Исполнитель предоставляет, а Пациент оплачивает медицинские услуги в соответствии с согласованным Сторонами Планом лечения (осмотра) и указанные в подписанном Сторонами Соглашении о перечне и стоимости оказываемых платных медицинских услуг, (далее Соглашение) являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.
1.2. Перечень, стоимость и срок оказания медицинских услуг, предоставляемых по настоящему Договору, определяются Сторонами в Соглашении о перечне и стоимости оказываемых платных медицинских услуг (далее - Соглашение), являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.
Соглашение, заключается и подписывается Сторонами при каждом обращении Пациента за медицинской помощью в пределах срока действия настоящего договора.
1.3. В случае объективной необходимости по соглашению сторон План лечения (осмотра), объем оказываемых медицинских услуг, стоимость медицинских услуг, срок оказания медицинских услуг могут быть изменены путем изложения Соглашения в новой редакции с присвоением следующего порядкового номера.
1.4. Стоимость медицинских услуг определяется согласно Прейскуранту, действующему на момент оказания медицинских услуг и указывается в Соглашении.
1.5. Условия и сроки ожидания платных медицинских услуг: услуги предоставляются по факту явки пациента на прием.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:
2.1.1. Оказывать медицинские услуги качественно в соответствии с законодательными и иными нормативными документами, действующими в системе здравоохранения РФ, организовывать и оказывать медицинскую помощь в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.
2.1.2. Обеспечивать оказание медицинскими работниками медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, а также создавать условия, обеспечивающие соответствие оказываемой медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи.
2.1.3. Предоставлять Пациенту по его требованию и в доступной для него форме информацию:
- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения (осмотра), связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства,
- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.
2.1.4. После исполнения договора по требованию Пациента выдавать медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы. Выдача медицинских документов осуществляется в порядке и сроки, предусмотренные приказом Минздрава России от 14 сентября 2020 г. № 972н «Об утверждении Порядка выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений», приказом Минздрава России от 31 июля 2020 г. № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них».
2.1.5. Обеспечивать выполнение прав Пациента, предусмотренных действующим законодательством РФ.
2.1.6. Предоставить медицинские услуги в порядке и сроки, предусмотренные настоящим договором и приложениями к нему.
2.1.7. Выдать Пациенту документ, подтверждающий факт оплаты платных услуг в кассу Исполнителя.
2.1.8. Сохранять врачебную тайну в соответствии с действующим законодательством.
2.1.9. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации.
2.2. Пациент обязуется:
2.2.1. Согласовать План лечения (осмотра) и оплатить стоимость предоставляемых медицинских услуг в порядке, установленном настоящим договором и по утвержденному прейскуранту, действующему на момент оказания медицинских услуг.
2.2.2.Выполнять требования Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление платных медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений, в том числе: информировать врача до оказания медицинских услуг о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях; точно выполнять требования, назначения и рекомендации врача; соблюдать режим лечения; при первой возможности информировать Исполнителя об изменениях в состоянии здоровья, включая появление болевых или дискомфортных ощущений в процессе и после лечения. При появлении жалоб, связанных с лечением, незамедлительно обратиться к Исполнителю; соблюдать Правила внутреннего распорядка учреждения для пациентов.
2.2.3. Своевременно в устной или письменной форме уведомить Исполнителя о наличии уважительной причины (болезни) для переноса сроков выполнения услуг.
2.2.4. Изучить добровольные информированные согласия на медицинское вмешательство, информированное согласие на предоставление платных медицинских услуг, задать интересующие вопросы и подписать указанные документы, подтвердив тем самым получение всей необходимой и полной информации об оказываемых ему медицинских услугах.
2.2.5. По факту оказания услуг подписать Акт о выполнении Договора на предоставление платных медицинских услуг. В случае не подписания Акта в день приема-сдачи оказанных услуг без объяснения причин, услуги считаются принятыми.
2.3. Исполнитель имеет право:
2.3.1. По согласованию с Пациентом в целях наиболее качественного оказания медицинской услуги вносить изменения в план лечения (осмотра), которые могут повлечь за собой изменение сроков оказания медицинских услуг и их стоимости.
2.3.2. Назначать и заменять лечащего врача.

2.3.3. В случае необходимости направлять Пациента для дополнительного медицинского обследования и консультаций к специалистам иного медицинского профиля с целью уточнения диагноза, правильного выбора материалов и методик лечения.

2.4. Пациент имеет право:

2.4.1. В любое время отказаться от получения медицинских услуг при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

2.4.2. Выбирать лечащего врача с учетом его согласия.

2.5. Стороны имеют иные права и исполняют иные обязанности, предусмотренные действующим законодательством РФ.

3. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГЕ

3.1. Пациент уведомляется, что данная медицинская услуга (нужное отметить):

☐ а) не предусмотрена Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на текущий год и может быть оказана за плату;

☐ б) предусмотрена Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на текущий год, но по желанию пациента в соответствии со ст. 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" оказывается ему за плату.

При заключении договора Пациенту предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи (при наличии в перечне) без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи или в другом лечебном учреждении.

3.2. Пациент уведомлен, что вследствие биологических особенностей организма человека и использования технологий оказания медицинской помощи при всей своей осторожности и осмотрительности Исполнитель не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений.

3.3 Лечащий врач назначается Исполнителем или выбирается Пациентом с учетом согласия врача.

3.4. Исполнитель осуществляет медицинскую деятельность в соответствии с Лицензией № Л041-01146-34/00345139 от 7 марта 2018 г., выданной Комитетом здравоохранения Волгоградской области на право осуществления медицинской деятельности по следующим видам работ (услуг) по адресу места осуществления медицинской деятельности:

-404105, Волгоградская обл., г. Волжский г, улица Оломоуцкая, 21А

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

акушерскому делу; анестезиологии и реаниматологии; вакцинации (проведению профилактических прививок); лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; лечебному делу; медицинской статистике; медицинскому массажу; рентгенологии; сестринскому делу; стоматологии; физиотерапии; функциональной диагностике;

при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

вакцинации (проведению профилактических прививок); организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; терапии;

при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; терапии;

при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); аллергологии и иммунологии; анестезиологии и реаниматологии; гастроэнтерологии; гериатрии; дерматовенерологии; инфекционным болезням; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; медицинской микробиологии; медицинской статистике; неврологии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; профпатологии; психиатрии; психиатрии-наркологии; психотерапии; ревматологии; рентгенологии; спортивной медицине; стоматологии терапевтической; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; эндоскопии;

при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по:

акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности);

При оказании паллиативной медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях по:

онкологии; сестринскому делу; терапии;

При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по:

экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе профессиональной пригодности;

При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по:

медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым); медицинским осмотрам профилактическим;

При проведении медицинских освидетельствований организуются и выполняются следующие работы (услуги) по:

медицинскому освидетельствованию кандидатов в усыновители, опекуны (попечители) или приемные родители; медицинскому освидетельствованию на наличие инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа иностранным гражданам и лицам без гражданства в выдаче либо аннулировании разрешения на временное проживание, или вида на жительство, или разрешения на работу в Российской Федерации; медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием; медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством.

Срок действия лицензии: бессрочно.

Лицензирующий орган: комитет здравоохранения Волгоградской области; адрес места нахождения: Российская Федерация, 400119, Волгоградская область, г. Волгоград, ул. Туркменская, 6; телефон: (8442) 30 99 98; 30 99 99 e-mail: oblzdrav@volganet.ru.

4. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

4.1. Стоимость предоставляемых медицинских услуг устанавливается на основании прейскуранта стоимости платных медицинских услуг, утвержденного Исполнителем, действующего на момент оказания медицинских услуг и указывается в Соглашении, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.

4.2. Пациент оплачивает оказанные в полном объеме Исполнителем услуги (работы) до их принятия Пациентом.

4.3. Оплата за медицинские услуги производится Пациентом наличными деньгами в кассу Исполнителя, либо в безналичном порядке на банковский счет Исполнителя, в том числе с использованием банковских карт Пациента.

4.4. В случае невозможности исполнения медицинской услуги, возникающей по вине Пациента или когда невозможность исполнения возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает, Пациент оплачивает фактически понесенные Исполнителем

расходы, если иное не предусмотрено законом.

5. УСЛОВИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

5.1. Необходимым условием исполнения договора является согласие Пациента с предложенным планом лечения (осмотра) и добровольное информированное согласие Пациента на медицинское вмешательство.
Стороны договорились, что такое согласие является также подтверждением того, что Пациент достаточно и в доступной форме информирован о состоянии своего здоровья, предлагаемых способах диагностики и лечения (осмотра), о существовании иных способов лечения (осмотра) и их эффективности, о предполагаемых результатах лечения (осмотра), о возможности негативных последствий, о характере и степени тяжести этих последствий, о степени риска лечения (осмотра), о последствиях отказа от предлагаемого лечения (осмотра), о возможности получения медицинских услуг в других медицинских организациях, о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и является выражением добровольного информированного согласия Пациента на предложенное медицинское вмешательство.
5.2. Время явки Пациента на прием оговаривается и согласовывается с Пациентом. Согласование даты и времени явки Пациента на прием может осуществляться в устной или письменной форме.
5.3. Пациент, полагаясь на знания и опыт врача, оказывающего ему медицинскую помощь, полностью доверяет ему в выборе способа и метода оказания медицинской помощи, в рекомендациях по выбору медицинских материалов и изделий.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.
6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.
6.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы или по вине Пациента, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1. До подписания настоящего договора Пациент ознакомлен с Правилами внутреннего распорядка учреждения, со сведениями о местонахождении Исполнителя, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения о квалификации и сертификации специалистов Исполнителя, о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), назначенного режима лечения осмотра), в том числе определенного на период временной нетрудоспособности, и правил поведения пациента в медицинской организации, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.
7.2. При заключении договора Пациенту предоставлена информация о порядке оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.
7.3. Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует в течение календарного года, в части оплаты до фактического исполнения обязательств.
7.4. Все изменения и дополнения к договору оформляются в письменной форме, путем заключения дополнительных соглашений, Соглашений к нему.
7.5. Стороны пришли к соглашению об использовании Исполнителем факсимильного воспроизведения подписи лица, уполномоченного подписывать настоящий Договор, приложения, дополнительные соглашения к нему, заключаемые между Исполнителем и Пациентом в связи с оказанием медицинских услуг по настоящему договору.
7.6. Договор может быть изменен или расторгнут: по соглашению сторон, по решению суда, в иных случаях и в порядке, предусмотренных действующим законодательством РФ.
7.7. В случае отказа Пациента после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные им расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.
7.8. Соглашение об изменении или о расторжении договора совершается в той же форме, в которой заключен договор.
7.9. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для Исполнителя и Пациента.
7.10. Споры, возникающие между Сторонами, разрешаются по соглашению сторон с возможным привлечением независимых экспертов или в судебном порядке в соответствии с законодательством РФ.

Сведения о форме и способах направления обращений (жалоб) в госорганы и организации, должностному лицу, а также их почтовые адреса и адреса электронной почты указаны на сайте и информационных стендах Исполнителя.

8. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

«Исполнитель"
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Городская поликлиника №5»
404105, Волгоградская область, г. Волжский, ул. Оломоуцкая, дом 21а
ИНН 3435001284 КПП 343501001
ОГРН 1023402008992
р/с 03224643180000002900
в ОТДЕЛЕНИЕ ВОЛГОГРАД БАНКА
РОССИИ//УФК по Волгоградской области
г. Волгоград БИК 011806101
кор/с 40102810445370000021
КБК 81120000000000000130
Тел/факс (8443)29-96-91;
e-mail p5_vlz@volganet.ru

Главный врач
_____ С.В. Левкин
подпись

М.П.

"Пациент"
Ф.И.О. _____
Адрес места жительства _____
Данные документа, удостоверяющего личность;

Телефон_____

Подпись_____

Приложение к договору № от

Соглашение №
о перечне и стоимости оказываемых платных медицинских услуг

г. Волжский

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника № 5», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Левкина Сергея Владимировича, действующего на основании Устава, с одной стороны и гражданин(ка)_____, именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», вместе именуемые «Стороны», заключили настоящее Соглашение к договору № _____от_____ о предоставлении платных медицинских услуг о нижеследующем:

1. Пациент ознакомлен с действующим у Исполнителя Перечнем платных медицинских услуг, прейскурантом, согласовал План лечения (осмотра) и согласен(а) оплатить стоимость выбранных им платных медицинских услуг на общую сумму _____ рублей.

2. Перечень платных медицинских услуг:

Шифр услуги	Наименование услуги	Кол-во	Цена 1 услуги	Сумма
			Итого	

Сумма прописью _____

3.Медицинскую услугу Пациенту оказывает:

Должность	ФИО	Категория	Подпись

4. Срок оказания медицинских услуг с _____ по _____

5. Настоящее соглашение является неотъемлемой частью договора №____ от _____о предоставлении платных медицинских услуг.

6. Настоящее соглашение составлено в 2-х экземплярах по одному для каждой из Сторон.

7. Настоящее соглашение вступает в силу с момента подписания и действует до истечения срока оказания услуг.

Исполнитель: Пациент:

_____ _____

АКТ №

о выполнении договора/соглашения № от
о перечне и стоимости оказываемых платных медицинских услуг к договору № _____ от _____
о предоставлении платных медицинских услуг

г. Волжский

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Городская поликлиника № 5", именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице главного врача Левкина Сергея Владимировича, действующего на основании Устава, лицензии на оказание медицинских услуг № Л041-01146-34/00345139 от 7 марта 2018 г, выданной Комитетом здравоохранения Волгоградской области, с одной стороны, и именуемый в дальнейшем Пациент, с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», составили настоящий акт о нижеследующем:

1. На основании заключенного между Исполнителем и Пациентом Договора о предоставлении платных медицинских услуг № _____ от_____ и соглашения о перечне и стоимости оказываемых платных медицинских услуг № от

Исполнитель оказал следующие медицинские услуги:

Шифр услуги	Наименование услуги	Кол-во	Цена 1 услуги	Сумма
			Итого	

Пациент оплатил стоимость медицинских услуг в сумме_____ Сумма прописью:

2. Медицинская услуга была оказана:

Должность	ФИО	Категория	Подпись

3.Таким образом, Стороны выполнили свои обязательства и претензий друг к другу не имеют.

4. Акт составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для Исполнителя и Пациента.

Подписи сторон:

Исполнитель: _____

Пациент (Законный представитель): _____

Эпикриз: _____

Приложение № 4
к приказу ГБУЗ «Городская поликлиника № 5а»
от 31 августа 2023 г. № 315

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я, _____. дата рождения _____, паспорт _____, адрес проживания _____
(Ф. И. О. пациента)

карта пациента №_____, в рамках договора № _____ о предоставлении платных медицинских услуг, я желаю получить медицинские услуги в ГБУЗ «Городская поликлиника № 5». При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я получил (а) от медицинского работника _____ (должность, ФИО) полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в данном учреждении в рамках программы государственных гарантий получения бесплатной медицинской помощи, однако я желаю (нужное подчеркнуть):

1.1. получить данные услуги сегодня (в день моего обращения за медицинской помощью) без очереди в следующие срок: с«_____» _____ 20 ____ г. по «_____» _____ 20 ____ г.

1.2. получить медицинскую помощь при отсутствии полиса ОМС или ДМС;

1.3. пройти иммунизацию по своей инициативе в связи с выездом в территории со сложными эпидемическими показаниями;

1.4. получить медицинскую помощь с применением медикаментов, изделий медицинского назначения, расходных материала и т.п., не входящих в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, изделий медицинского назначения и расходных материалов, сроках их годности (гарантийных сроках);

1.5. получить медицинскую помощь сверх установленных стандартов оказания медицинской помощи или ниже стандарта (в виде отдельных медицинских вмешательств);

1.6. получить медицинскую помощь при отсутствии безусловных медицинских показаний;

1.7. пройти профилактический (медицинский) осмотр, не входящий в Территориальную программу (далее Территориальная программа) государственных гарантий оказания населению Волгоградской области бесплатной медицинской помощи;

1.8. оказание медицинской помощи в платном подразделении.

2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько или целый комплекс платных медицинских услуг. Медицинские осмотры, не входящие в Территориальную программу, проводятся на платной основе. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств при получении платных медицинских услуг или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

3. Мне разъяснено, и я полностью осознаю, что проводимое мне лечение не гарантирует 100% результат и что как при предоставлении медицинских услуг, так и после их предоставления возможны различные осложнения, обусловленные индивидуальными биологическими особенностями организма.

4. Я полностью согласен (а) с тем, что используемая при моем лечении технология не может на 100% исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных индивидуальными биологическими особенностями организма, и в том случае, если предоставленная медицинская услуга была осуществлена с учетом всех необходимых требований, учреждение здравоохранения не несет ответственности за их возникновение.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей учреждения здравоохранения; несоблюдение указаний медицинского работника, предоставляющего медицинскую услугу, может снизить ее качество, сделать невозможным ее своевременное завершение или отрицательно сказаться на моем состоянии здоровья

6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения, и по согласованию с лечащим врачом были выбраны следующие виды медицинских услуг, которые я желаю получить на платной основе:

_____.

7. Я ознакомлен (а) с действующим в учреждении здравоохранения прейскурантом цен на платные медицинские услуги и согласен(на) оплатить стоимость медицинской(их) услуг(и) в соответствии с ним.

8. Виды выбранных мною и согласованных с лечащим врачом платных медицинских услуг я согласен (а) оплатить в кассу учреждения здравоохранения.

9. Я проинформирован (а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных заведениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанных(ой) медицинских(ой) услуг(и) в данном учреждении здравоохранения.

10. Настоящее информированное согласие мной внимательно прочитано, претензий и замечаний к данному мною информированному согласию не имеется, в связи, с чем я даю согласие на проведение вышеуказанных медицинских услуг.

11. Специалисты, оказывающий платную медицинскую услугу

Должность	ФИО	Категория	Подпись, ученая степень, звание

12. Я сознательно хочу заключить договор на оказание платных медицинских услуг за счет собственных денежных средств.

13. Сведения о выбранных мной лицах, которым в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья, в том числе после моей смерти, или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе после его смерти (ненужное зачеркнуть).

_____
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

_____ _____
(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

«Пациент»:

_____
(ФИО, подпись)

дата

Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
"__" _____ ____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)
_____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)
в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
"__" _____ ____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)
_____
(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)
даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н <1> (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)
в _____
(полное наименование медицинской организации)
Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)
в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

"__" _____ г.
(дата оформления)

Приложение № 5
к приказу ГБУЗ «Городская поликлиника № 5а»
от 31 августа 2023 г. № 315

СОГЛАСИЕ
пациента на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся _____
(Ф.И.О. полностью, дата рождения)

Проживающий(ая) по адресу (место регистрации) _____
дата постоянной регистрации

Паспорт: Паспорт гражданина Российской Федерации, серия:_____, номер:_____, дата выдачи:_____, кем выдан:_____, код подразделения_____.
дата выдачи паспорта

В соответствии с требованиями статьи 9,10 федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, даю свое согласие на обработку ГБУЗ «Городская поликлиника № 5», г. Волжский, ул. Оломоуцкая. 21 а (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилия, имя, отчество, пол, год, месяц, дата и место рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиту полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), социальное положение, место работы и занимаемая должность, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

Предоставляю Оператору право осуществлять обработку моих персональных данных, выполнять действия (операции) с персональными данными включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС) и другими регламентирующими работу учреждения здравоохранения и руководящими документами.

В процессе оказания мне помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов: составляет двадцать пять лет (для стационара), пять лет (для поликлиники) и сроков хранения документов в бухгалтерии и отделе кадров.

Я, оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно,
дата (число, месяц, год)

Контактный телефон (ы) Не заполнено!

_____
фактическое место проживания

Подпись _____