

**Договор составлен в соответствии
с Постановлением Правительства Российской Федерации
от 11.05.2023 г. № 736 (далее по тексту - Правил № 736)
и Законом об охране здоровья граждан № 323-ФЗ.**

До заключения договора государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн имени М.В.Каменева (далее по тексту – Госпиталь, с учетом склонения по падежам) уведомляет Потребителя (Пациента) о том, что в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», обязан соблюдать режим лечения и правила поведения пациента в Госпитале. Несоблюдение указаний (рекомендаций) Госпиталя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя (Пациента). До заключения договора Потребитель (Пациент) ознакомлен с прейскурантом Госпиталя, положением о сроках на услуги, порядке оказания платных медицинских услуг, расположенных на сайте Госпиталя, информационном стенде в регистратуре (холл входная группа первого этажа).

Я изъявляю желание заключить договор на оказание платных медицинских услуг с Госпиталем вне очереди и заключить соглашение о добровольном согласии на оказание медицинских услуг по всем направлениям в Госпитале на платной основе за свой счет.

**Информированное добровольное согласие пациента
на получение платных медицинских услуг**

Я, _____
(Ф.И.О. Потребителя (Пациента))

настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в Госпитале.

Я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками и условиями оказания и порядком оплаты медицинских услуг, предоставляемых Госпиталем.

Я изъявляю желание заключить договор на оказание платных медицинских и иных услуг с Госпиталем.

Информацию до Потребителя (Пациента) довел:

✓ _____ / _____ «__» _____ 202__ г.
(подпись) (Ф.И.О. врача)

✓ _____ / _____ «__» _____ 202__ г.
(подпись) (Ф.И.О. врача)

✓ _____ / _____ «__» _____ 202__ г.
(подпись) (Ф.И.О. врача)

✓ _____ / _____ «__» _____ 202__ г.
(подпись) (Ф.И.О. врача)

Потребитель (Пациент) или законный представитель:

✓ _____ / _____ «__» _____ 202__ г.
(подпись) (Ф.И.О.)

Договор об оказании платных медицинских услуг № _____

г. Уфа _____ «__» _____ 202__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн имени М.В.Каменева (далее по тексту – Госпиталь, с учетом склонения по падежам), находящееся по адресу: 450057, РБ, г. Уфа, ул. Тукаева, д. 48, Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц о юридическом лице, зарегистрированном до 1 июля 2002 года № 1030203902673, выданное Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 39 по Республике Башкортостан, на основании лицензии на медицинскую деятельность № Л041-01170-02/00351450 от 20 ноября 2020 года, выданная Министерством здравоохранения Республики Башкортостан, расположенным по адресу: РБ, г. Уфа, ул. Тукаева, д. 23, телефон: 8 (347) 250-33-10 по основным видам медицинской деятельности (информация о перечне работ (услуг) представлена на информационном стенде холла по адресу: РБ, г. Уфа, ул. Тукаева, д. 48, и филиалов расположенных по адресам: РБ, г. Уфа, ул. К. Маркса, д. 31; РБ, г. Уфа, бульвар Славы, д. 1а и на официальном сайте Госпиталя: <http://rkgvv-ufa.ru>) именуемое, в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующая на основании _____, с одной стороны, и гражданин(ка) _____

(Ф.И.О. Потребителя (Пациента))

Дата рождения (число/месяц/год) _____
Паспорт серия _____ № _____ Выдан «__» _____ г.
кем выдан _____
зарегистрирован по адресу _____
Телефон: _____ e-mail: _____
(Основание п.23 Правил № 736)

Законный представитель _____
(Ф.И.О. законного представителя)

Дата рождения (число/месяц/год) _____
Паспорт серия _____ № _____ Выдан «__» _____ г.
кем выдан _____
зарегистрирован по адресу _____
Телефон: _____ e-mail: _____
(Основание п.23 Правил № 736)

заключили настоящий договор в пользу _____
(Ф.И.О. Потребителя (Пациента))

Дата рождения (число/месяц/год) _____
Паспорт серия _____ № _____ Выдан «__» _____ г.
кем выдан _____
зарегистрирован по адресу _____
Телефон: _____ e-mail: _____
(Основание п.23 Правил № 736)

именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель» (Пациент), с другой стороны, далее совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Пациенту) медицинские услуги (далее – Услуги) согласно перечню видов медицинской деятельности, осуществление которых разрешено Исполнителю лицензией, а Потребитель (Пациент) принять и оплатить их по прейскуранту Исполнителя в соответствии с условиями настоящего договора. Перечень оказываемых услуг, их стоимость, сроки оказания услуг определяются сторонами в настоящем договоре, подписываемых между Исполнителем и Потребителем (Пациентом).

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель имеет право:

2.1.1. Отказать Потребителю (Пациенту) в оказании услуг при несоблюдении правил поведения в Госпитале, при несоблюдении рекомендаций врача, при несогласии Потребителя (Пациента) с планом лечения, при невозможности оказать в данном Госпитале случае квалифицированную помощь.

2.1.2. Отказаться от исполнения договора, если Потребитель (Пациент) после уведомления о необходимости устранить обстоятельства, снижающие качество оказываемой услуги, не устранит данные обстоятельства.

2.1.3. Требовать от Потребителя (Пациента) предоставления сведений и документов, необходимых для оказания услуг по настоящему договору.

2.1.4. Изменить дату и время приема Потребителя (Пациента) при нарушении графика приема, если это нарушение вызвано объективными причинами, т.е. не подлежащими прогнозу осложнениями, возникшими при лечении других пациентов, с целью окончания лечения текущему Потребителю (Пациенту).

2.1.5. Отсрочить или отменить оказание услуги, в том числе в день назначения, в случае обнаружения у Потребителя (Пациента) противопоказаний.

2.1.6. Оставить в своем распоряжении все результаты обследований, диагностические модели, рентгеновские снимки, фотографии.

2.1.7. Техническая работа может быть выполнена собственной лабораторией, так и лабораторией, с которой у Исполнителя имеются договорные взаимоотношения. При отсутствии возможностей у Исполнителя для проведения диагностических, консультационных, лечебных манипуляций, последний в праве направить Потребителя (Пациента) в иную медицинскую организацию.

2.1.8. Требовать оплаты оказанных услуг.

2.1.9. Передавать информацию об объеме и стоимости лечения по требованию суда, правоохранительных органов, а также третьим лицам в случае, если оплата этого лечения осуществлялась ими.

2.1.10. Производить фотопротоколирование лечебной ситуации, результатов лечения.

2.1.11. Устанавливать систему видеонаблюдения, направленную на обеспечение безопасности рабочего процесса, поддержание порядка, предупреждение возникновения чрезвычайных ситуаций и обеспечение объективности расследования в случаях их возникновения.

2.2. Потребитель (Пациент) имеет право:

2.2.1. На охрану здоровья и медицинскую помощь.

2.2.2. На уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала.

2.2.3. Требовать предоставления услуг надлежащего качества, получать информацию о состоянии своего здоровья, о результатах оказания услуг, о действии лекарственных препаратов и их побочных проявлениях, исчерпывающую информацию о предоставляемых услугах.

2.2.4. На обследование, лечение в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.

2.2.5. Выбирать лечащего врача с учетом специализации врача и его согласия.

2.2.6. Выбирать время приема у врача из имеющегося свободного.

2.2.7. На облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами.

2.2.8. На добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии с законодательством.

2.2.9. Знакомиться с документами, получить медицинскую справку.

2.2.10. Получить документы для социального вычета.

2.2.11. На получение информации о своих правах и обязанностях, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.

2.2.12. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну.

2.2.13. Отказаться от исполнения услуг, посредством предоставления письменного отказа от лечения, при условии полной оплаты части оказанных услуг, фактически выполненных до получения извещения об отказе Потребителя (Пациента) от исполнения договора.

2.2.14. Получить в доступной форме информацию о платных услугах, содержащую информацию о порядке оказания медицинских услуг и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг; информацию о профессиональном образовании, квалификации медицинских работников Госпиталя; информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видов медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи и другие сведения относящиеся к предмету договора.

2.2.15. На возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи.

2.2.16. На сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, за исключением случаев, предусмотренных законодательными актами.

2.2.17. На заключение договора дистанционным способом, через интернет с помощью ЕСИА, с использованием электронной подписи (Основание: глава VI Правил № 736).

2.2.18. Потребитель (Пациент) имеет и другие права, предусмотренные действующим законодательством.

2.3. Исполнитель обязан:

2.3.1. Обеспечить Потребителя (Пациента) информацией о перечне платных услуг с указанием их стоимости по прейскуранту, условиях их получения, а также сведениями об уровне профессионального образования и квалификации специалистов.

2.3.2. Оказать услуги с надлежащим качеством и с соблюдением требований, предъявляемых к методам диагностики и лечения, разрешенным на территории РФ.

2.3.3. По первому требованию Потребителя (Пациента) сообщать ему сведения, относящиеся к характеру услуг.

2.3.4. Соблюдать принцип конфиденциальности, полученной от Потребителя (Пациента) информации, если она стала известна Исполнителю в рамках оказываемых им услуг.

2.3.5. Оказать медицинские услуги качественно в соответствии с разрешенными на территории Российской Федерации медицинскими технологиями, действующими порядками и стандартами оказания медицинской помощи и в срок, указанным в данном договоре;

2.3.6. Гарантировать качество медицинской помощи в соответствии с действующим на территории законодательством Республики Башкортостан в сфере здравоохранения, при условии соблюдения Потребителя (Пациента) требований, предусмотренных настоящим договором.

2.3.7. Использовать лекарственные препараты, зарегистрированные на территории Российской Федерации с соблюдением срока годности;

2.3.8. За период прохождения курса лечения по возможности добиться значительного улучшения состояния здоровья Потребителя (Пациента);

2.3.9. На основании результатов обследований информировать Потребителя (Пациента) или законного представителя о состоянии здоровья Потребителя (Пациента), дать Потребителю (Пациенту) или законному представителю разъяснения и рекомендации о необходимостях и методах лечения, определить и согласовать с Потребителем (Пациентом) или законным представителем план лечения;

2.3.10. Соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия и здоровья Потребителя (Пациента) (врачебную тайну) и не разглашать персональные данные Потребителя (Пациента);

2.3.11. Разместить на информационных стендах в вестибюле первого этажа, а также в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (и на официальном сайте Госпиталя: <http://rkgv-ufa.ru/>) необходимую Потребителю (Пациенту) или законному представителю информацию: Лицензия на осуществление медицинской деятельности, Положение о предоставлении платных медицинских услуг, Правил поведения пациентов в учреждении, Информацию о ценах (прейскуранты) и т.д.).

2.3.12. В информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», а также на информационных стендах и на инфостенд-стойке для папок в вестибюле первого этажа Госпиталя предоставить в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы

в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2.4. Потребитель (Пациент) обязан:

2.4.1. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление услуг, в том числе выполнять устные и письменные рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения о своем состоянии здоровья, включая сведения о перенесенных и имеющихся заболеваниях, непереносимости лекарств, препаратов и процедур, о проводимом ранее лечении, принимаемых препаратах, соблюдать график визитов для диагностики, лечения и плановых осмотров.

2.4.2. Выполнять план лечения.

2.4.3. Оплатить стоимость предоставленных услуг по факту их оказания согласно стоимости по прейскуранту Исполнителя на день оказания услуг. Соглашаясь на лечение и получив услугу по факту, Потребитель (Пациент) подтверждает свое согласие с правилами оказания медицинских услуг и их стоимостью. Отсутствие заранее подготовленного предварительного плана лечения не является поводом для отказа в оплате фактически оказанных услуг. Услуги по данному договору могут быть оказаны по желанию Потребителя (Пациента) и согласованы с Потребителем (Пациентом) устно без предварительного составления письменного плана лечения.

2.4.4. Явиться в Госпиталь за 15 минут до назначенного времени приема к врачу и уведомлять Исполнителя за 24 часа об отмене назначенного врачом визита.

2.4.5. Соблюдать правила внутреннего распорядка Исполнителя в Госпиталь, подписывать информированные добровольные согласия на оказание услуг и другие приложения медицинской карты и приложения к настоящему договору.

2.4.6. Соблюдать правила поведения в общественных местах:

- громко не разговаривать, не шуметь, вести себя корректно по отношению к посетителям и сотрудникам, не распивать спиртные напитки, не употреблять наркотические средства, психотропные и токсические вещества;
- не появляться в состоянии алкогольного, наркотического и токсического опьянения (оценивается по внешним признакам);
- не пользоваться служебными телефонами без разрешения администратора или иных должностных лиц Исполнителя и т.д.

2.4.7. Соблюдать правила запрета курения в Госпитале.

2.4.8. Соблюдать правила пожарной безопасности: при обнаружении источников пожара, иных источников, угрожающих общественной безопасности, пациент должен немедленно сообщить об этом администратору Госпиталя.

2.4.9. Соблюдать санитарно-противоэпидемический режим: верхнюю одежду оставлять в гардеробе, проходить в помещение Госпиталя в бахилах, в маске.

2.4.10. В случае изменения состояния здоровья, связанного, по мнению Потребителя (Пациента) с проведенными исполнителем медицинскими манипуляциями, немедленно сообщить администратору Госпиталя или лечащему врачу и, в случае необходимости, прибыть для осмотра, на консультацию в Госпиталь в разумные сроки согласно врачебным рекомендациям.

2.4.11. В случае отказа от продолжения лечения у Исполнителя, Потребитель (Пациент) обязан письменно уведомить об этом Исполнителя и расторгнуть договор, оплатив оказанные услуги и все фактические понесенные Исполнителем расходы.

2.4.12. Заботиться о своем здоровье, принимать все возможные меры для сохранения положительного результата лечения.

3. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

3.1. Все медицинские услуги оказываются Исполнителем при неукоснительном соблюдении лицензионных требований и условий, требований Закона РФ «О защите прав потребителей», Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, Федерального закона РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Положения о предоставлении платных услуг в Госпитале.

3.2. Потребитель (Пациент) подтверждает, что до подписания настоящего договора, ознакомлен в доступной форме с информацией о платных медицинских услугах в Госпитале, содержащей следующие сведения:

- Порядок оказания медицинской помощи при медицинских заболеваниях;
- Стандарты медицинской помощи и медицинские рекомендации лечащего врача (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги;
- Информацию о враче, оказывающем медицинскую услугу, его профессиональном образовании и квалификации, график работы;
- Информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- Сроки ожидания предоставления платных услуг;
- Местонахождение, режим работы Исполнителя, перечень платных медицинских услуг с указанием их стоимости, условия предоставления и получения этих услуг;
- Порядок осуществления видеонаблюдения в целях усиления мер по антитеррористической и пожарной безопасности, осуществления личной безопасности работников и пациентов, контроля качества оказания медицинской помощи;
- Иные сведения, по требованию Потребителя (Пациента), связанные с оказываемой услугой и подлежащие разглашению в соответствии с действующим законодательством.

3.3. Основанием для предоставления услуг является добровольное желание Потребителя (Пациента) получить услуги за плату, наличие медицинских показаний и технической возможности для оказания услуг.

3.4. Лечащий врач в соответствии с медицинскими показаниями и возможностями, после осмотра Потребителя (Пациента) устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты диагностики и лечения, последствия лечения, предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения, информирует об этом Потребителя (Пациента) и получает его письменное информированное добровольное согласие, стороны договорились, что такое согласие является также подтверждением того, что Потребитель (Пациент) достаточно и в

доступной форме информирован о состоянии своего здоровья, о предполагаемых результатах лечения, о возможности негативных последствий предлагаемых способов диагностики и лечения, о характере и степени тяжести этих последствий, о степени риска лечения, о существовании иных способов лечения и их эффективности, о последствиях отказа от предлагаемого лечения, об используемых при предоставлении услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, и является выражением добровольного информированного согласия пациента на предложенное медицинское вмешательство, после этого проводится комплекс диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с диагнозом и предварительным планом лечения.

3.5. Услуги оказываются сотрудниками Госпиталя (врачами и медицинским персоналом) в помещениях, на оборудовании и с использованием материалов Исполнителя в соответствии с согласованным планом лечения и в порядке, утвержденном в правилах оказания услуг Исполнителем, с которыми Потребитель (Пациент) ознакомлен до подписания настоящего договора.

3.6. Срок оказания услуг, а также их объем, и стоимость зависят от состояния здоровья Потребителя (Пациента) диагноза, периода, необходимого для качественного и безопасного оказания услуг. Срок оказания услуги начинается с факта обращения Потребителя (Пациента) к Исполнителю.

3.7. Если в процессе оказания услуг возникла необходимость изменить план лечения с оказанием дополнительных услуг, то они оказываются только после получения письменного согласия Потребителя (Пациента). Отказ Потребителя (Пациента) от получения дополнительных услуг, связанных с медицинскими показаниями, также оформляется письменно с разъяснением ему последствий такого отказа. В том случае, если Исполнитель придет к выводу, что без дополнительных услуг оказание услуг по настоящему договору невозможно либо приведет к значительным негативным последствиям для Потребителя (Пациента), стороны обсудят возможность расторжения настоящего договора с компенсацией Исполнителю фактически понесенных затрат.

3.8. Если в процессе оказания услуг потребуется предоставление дополнительных услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя (Пациента), то они оказываются без взимания платы в соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ».

3.9. Время явки Потребителя (Пациента) на прием оговаривается и согласовывается с Потребителем (Пациентом) каждый раз. Согласование даты и времени явки на прием может осуществляться в устной или письменной форме.

4. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, ПОРЯДОК И СРОКИ ОПЛАТЫ

4.1. Стоимость договора состоит из совокупной стоимости фактически оказанных Потребителю (Пациенту) медицинских услуг, согласно действующему прейскуранту Исполнителя на день оказания услуги, кассовом чеке или платежным документом, в случае оплаты юридическим лицом или иным лицом. Факт оказания услуги подтверждается записями в медицинской документации лечащим врачом.

4.2. Потребитель (Пациент) поручает, а Исполнитель обязуется оказать

Потребителю (Пациенту) платную медицинскую услугу:

Код для оплаты	Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Кол-во, Ед.	Стоимость услуги (руб.)	Сумма (руб.)
Итого на сумму (руб.):					

4.3. Общая стоимость медицинской услуги согласно прейскуранту составляет _____ (_____) рублей, НДС не облагается.

4.4. Оказываемая медицинская услуга представляет собой:

- ✓ обследование, консультация, лечение в дневном и круглосуточном стационарах,
- ✓ предоставление Потребителю (Пациенту) в стационаре палаты повышенной комфортности.

4.5. Перечень и стоимость, предоставляемых услуг определяется в соответствии с действующим на момент оказания услуги прейскурантом Исполнителя и отражается в п. 4.2. настоящего договора.

4.6. Медицинские услуги по настоящему договору оказываются в помещениях Исполнителя по адресам: РБ, г. Уфа, ул. Тукаева, д. 48, и филиалов расположенных по адресам: РБ, г. Уфа, ул. К. Маркса, д. 31; РБ, г. Уфа, бульвар Славы, д. 1а (нужное подчеркнуть).

4.7. При возникновении необходимости выполнения дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, они выполняются по отдельному договору (или дополнительному соглашению), заключенному с Потребителем (Пациентом) с оплатой по утвержденному перечню платных медицинских услуг с указанием цен.

4.8. Исполнитель берет на себя обязательство оказать Потребителю (Пациенту) медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, действующим стандартам и порядкам на территории РФ, а Потребитель (Пациент) или законный представитель обязуется оплатить их в порядке и размере, установленных настоящим договором.

4.9. Перечень медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором, объем работ, услуг и их стоимость содержатся в п. 4.2. настоящего договора.

В случае надобности Потребитель (Пациент) или законный представитель имеет право по письменному заявлению получить у Исполнителя смету расходов по оказанной услуге.

4.10. Срок оказания услуг с «___» _____ 202_г. по «___» _____ 20_г.

4.11. Потребитель (Пациент) обязан оплачивать услуги Исполнителя в размере полной стоимости фактически оказанных медицинских услуг по расценкам действующего на момент подписания настоящего договора прейскуранта.

4.12. С согласия Потребителя (Пациента) и Исполнителя услуги могут быть оплачены в полном объеме 100% предоплатой или в исключительных случаях частично по договоренности путем внесения аванса (денежных средств) в отделение любого банка или через банкоматы России или через эквайринги ПАО «Банк ПСБ» и ПАО «Сбербанк». Оставшуюся сумму настоящего договора Потребитель (Пациент) оплачивает до момента окончания срока оказания услуг по настоящему договору.

При досрочном расторжении договора делается перерасчет за фактически оказанные услуги и возврат ранее внесенных денежных средств Потребителю (Пациенту) или законному представителю переводом на расчетный счет, указанному в заявлении, в течение 10 рабочих дней с момента расторжения договора по заявлению Потребителя (Пациента) или законного представителя.

4.13. Форма оплаты: безналичный расчет через расчетный счет Госпиталя.

4.14. Подписывая настоящий договор Потребитель (Пациент) или законный представитель подтверждает, что им добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с лечащим врачом выбраны виды медицинских услуг, которые указаны в настоящем договоре, а также выражает свое согласие на их оплату в отделении любого банка или через банкоматы России или через эквайринги ПАО «Банк ПСБ» и ПАО «Сбербанк».

4.15. В момент заключения настоящего договора Потребитель (Пациент) или законный представитель ознакомлен с действующей информацией о ценах на платные медицинские услуги, понимает содержащуюся в них информацию и согласен оплатить указанные в договоре медицинские услуги в соответствии с их стоимостью.

4.16. Потребитель (Пациент) или законный представитель уведомлен, что при возникновении необходимости выполнения дополнительных работ по результатам обследования и лечения, стоимость медицинских услуг может быть изменена Исполнителем с учетом уточненного диагноза, сложности производимых манипуляций и иных затрат на лечение с последующим оформлением дополнительного соглашения. Дополнительные услуги предоставляются только с согласия Потребителя (Пациента).

4.17. Потребитель (Пациент) или законный представитель проинформирован, что по поводу имеющегося у Потребителя (Пациента) заболевания последний может получить медицинскую помощь в других медицинских организациях. Потребитель (Пациент) или законный представитель подтверждает свое согласие на получение указанной медицинской услуги у Исполнителя.

4.18. Подписывая настоящий договор Потребитель (Пациент) или законный представитель дает согласие на обработку его персональных данных. С согласия Потребителя (Пациента) или законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Потребителя (Пациента).

5. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ВЫДАЧИ КОПИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

5.1. В день завершения оказания медицинских услуг Потребителю (Пациенту) выдается выписка из медицинских документов, отражающая 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. Выписка в оригинале выдается безакцептно и бесплатно.

Для получения копии медицинских документов или выписок из них после исполнения договора Исполнителем, Потребитель (Пациент) или законный представитель представляет запрос о предоставлении копий и выписок на бумажном носителе (при личном обращении или по почте), который составляется в свободной форме и содержит данные в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 31.07.2020г. № 789н.

5.2. При подаче запроса лично, а также при личном получении копии медицинских документов и выписок из них Потребитель (Пациент) либо его законный представитель предъявляет документ, удостоверяющий личность. Законный представитель Потребителя (Пациента) дополнительно предъявляет документ, подтверждающий его статус.

5.3. В случае выбора способа получения Потребителем (Пациентом) или законным представителем запрашиваемых копий медицинских документов или выписок из них по почте соответствующие копии или выписки из них направляются заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.

5.4. В случае отсутствия в запросе сведений, указанных в Приказе Минздрава РФ от 31.07.2020г. № 789н., и (или) документа, подтверждающего статус законного представителя, Исполнитель в письменной или электронной форме информирует об этом Потребителя (Пациента) либо его законного представителя в срок, не превышающий четырнадцати календарных дней со дня регистрации в медицинской организации запроса.

5.5. Предоставление Потребителю (Пациенту) или законному представителю копий медицинских документов и копий выписок из них на бумажном носителе осуществляется в количестве одного экземпляра в срок 30 рабочих дней с момента подачи заявления Потребителем (Пациентом) без взимания платы.

6. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

6.1. Понимая субъективность оценки эстетического и функционального результатов медицинских услуг, в случае возникновения разногласий по вопросу качества оказанных услуг, споры могут быть разрешены на совместном заседании Потребителя (Пациента), врачебной комиссии Исполнителя. Все претензии оформляются в письменном виде. Срок рассмотрения претензии - 10 дней. Соблюдение претензионного порядка только на усмотрение Потребителя (Пациента).

В остальных случаях, все споры разрешаются в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.2. Потребитель (Пациент) может направить обращение (жалобу) в письменном виде на бумажном носителе по почте, электронном виде с использованием информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", в том числе официального сайта органа государственного надзора, иных уполномоченных федеральных органов исполнительной власти, а также может быть принято при личном приеме заявителя.

Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Республике Башкортостан:

450054, РБ, г. Уфа, ул. Р. Зорге, д. 58.

Телефон: 8 (347) 229-90-85

Сайт: 02.rospotrebnadzor.ru

Адрес электронной почты: rpnrb@02.rospotrebnadzor.ru

Территориальный орган Управление Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по Республике Башкортостан в Уфе

450076, РБ, г. Уфа, ул. Аксакова, д. 62.

Телефон: 8 (347) 250-30-22; Факс: 8 (347) 251-05-15

Сайт: 03reg.roszdravnadzor.ru

Адрес электронной почты: info@reg3.roszdravnadzor.ru

7. ИНЫЕ УСЛОВИЯ И СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

7.1. Стороны пришли к соглашению об использовании Исполнителем факсимильного воспроизведения подписи лица, уполномоченного подписывать настоящий договор, дополнительные соглашения к нему и другие документы, заключаемые между Исполнителем и Потребителем (Пациентом) или законным представителем в рамках настоящего договора и его приложений. Оригинал подписи главного врача, его заместителя и их факсимильный оттиск имеют одинаковую юридическую силу. Подпись заверяется печатью Исполнителя (ст. 160 Гражданского кодекса Российской Федерации).

7.2. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и завершается после выполнения сторонами своих обязательств.

7.3. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, один находится у Потребителя (Пациента) или законного представителя, другой - у Исполнителя. Договор составляется в двух экземплярах, если деньги платит сам потребитель, если «Заказчиком» выступает другое лицо - то в трех - Исполнителю, Потребителю (Пациенту) и «Заказчику» по экземпляру.

7.4. При отказе от дальнейшего медицинского вмешательства (прекращении лечения) по своему желанию Потребитель (Пациент) обязуется оплатить Исполнителю расходы, фактически понесенные им в целях исполнения данного договора.

7.5. Настоящий договор подписан Потребителем (Пациентом) или законным представителем на приеме у лечащего врача после проведения разъяснительной беседы.

7.6. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания обеими сторонами и действует до 31 декабря 202_ года, а в части исполнения Сторонами своих взаимных обязательств - до полного их исполнения.

7.7. Согласие Потребителя (Пациента) или законного представителя на объем и условия оказываемых платных медицинских услуг.

7.7.1. В момент подписания настоящего договора Потребитель (Пациент) или законный представитель ознакомлен в вестибюле первого этажа (в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет») о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг в Госпитале в рамках программы государственных гарантий оказания медицинской помощи. Подписывая настоящий договор, Потребитель (Пациент) или законный представитель выражает свое согласие на оказание Потребителю (Пациенту) платных медицинских услуг у Исполнителя и готов(а) их оплатить.

7.7.2. Подписывая настоящий договор Потребителю (Пациенту) или законному представителю разъяснено и им осознанно следующее:

— что проводимое лечение не гарантирует 100% результат и что при проведении медицинских вмешательств и после них, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения;

— что для получения лучших результатов лечения Потребитель (Пациент) должен исполнять все назначения, рекомендации и советы лечащего врача Госпиталя;

— подписывая настоящий договор Потребитель (Пациент) или законный представитель согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма Потребителя (Пациента), и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Исполнитель не несет ответственности за их возникновение.

8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

8.1. Любые изменения и дополнения к настоящему договору действительны лишь при условии, что они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями сторон.

8.2. Во всём, что не предусмотрено настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

8.3. Подписывая данный договор, Потребитель (Пациент) подтверждает, что делает это сознательно и добровольно, без принуждения и давления обстоятельств, имея альтернативные варианты выбора врача и другого лечебного учреждения, что он в доступной форме уведомлен о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в соответствующих медицинских учреждениях, что полностью ознакомлен со стоимостью всех услуг Исполнителя, сроками оказания услуг, условиями и сроками гарантии и согласен с ними.

8.4. Все приложения и дополнительные соглашения, созданные Сторонами в процессе действия договора, рассматриваются Сторонами как неотъемлемые составные части настоящего договора.

8.5. Расторжение договора возможно по факту выполнения сторонами всех обязательств по договору, по инициативе Потребителя (Пациента), оплатив Исполнителю по прейскуранту фактически понесенные Исполнителем расходы, по инициативе Исполнителя, если Потребитель (Пациент) отказывается следовать рекомендациям Исполнителя, связанным с лечебным процессом, либо иным образом нарушает правила

оказания услуг Исполнителем, по обоюдному согласию Сторон, путем направления письменного предложения о расторжении договора, в соответствии с пунктами настоящего договора, либо в спорных случаях - по решению суда согласно Законодательству РФ.

8.6. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, один находится у Потребителя (Пациента) или законного представителя, другой - у Исполнителя. Оба экземпляра имеют одинаковую юридическую силу.

8.7. Настоящий договор подписан Потребителем (Пациентом) или законным представителем на приеме у лечащего врача после проведения разъяснительной беседы.

8.8. Все вопросы, не урегулированные настоящим договором, разрешаются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

8.9. Все приложения, дополнения и изменения к настоящему договору являются действительными, если они составлены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами.

8.10. Подписывая настоящий договор, Потребитель (Пациент) или законный представитель подтверждает, что он(она) был(а) проинформирован(а) о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в других медицинских организациях.

8.11. Действующие Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, постановление Правительства РФ от 11 мая 2023 г. № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006», закон РФ от 07.05.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей», Положение о предоставлении платных услуг в Госпитале, подтверждаю о размещении в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», а также на информационных стендах и на инфостенд-стойка для папок в вестибюле первого этажа Госпиталя и предоставлении в доступной форме информация по адресу: РБ, г. Уфа, ул. Тукаева, д. 48, и филиалов расположенных по адресам: РБ, г. Уфа, ул. К. Маркса, д. 31; РБ, г. Уфа, бульвар Славы, д. 1а, и на официальном сайте Госпиталя - <http://rkgvv-ufa.ru/>, с которыми я ознакомлен(на).

9. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

9.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с данным разделом договора. В случаях нерегулируемых данным разделом, стороны несут ответственность в соответствии с действующим Законодательством Российской Федерации.

9.2. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств, если при той степени заботливости и осмотрительности,

какая от него требовалась по характеру выполняемых действий, он принял все меры для надлежащего исполнения обязательств, однако, ожидаемый результат не был достигнут в силу того, что, несмотря на правильные действия, современный уровень здравоохранения не гарантирует стопроцентного результата, в том числе Исполнитель не несет ответственности за осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма Потребителя (Пациента), вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить.

9.3. В случае неоплаты Потребителем (Пациентом) или законным представителем стоимости Услуг на условиях, указанных в настоящем договоре, Исполнитель имеет право отказать Потребителю (Пациенту) в оказании Услуги до оплаты последним ее стоимости.

9.4. Исполнитель не несет ответственности за результаты оказания Услуг в случаях несоблюдения Потребителем (Пациентом) рекомендаций по лечению и иных неправомерных действий.

9.5. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим договором, Стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров на уровне лечащего врача, заведующего отделением, заместителя главного врача по медицинской части, главного врача. При невозможности достижения согласия спор подлежит передаче на рассмотрение суда в соответствии с законодательством Российской Федерации.

9.6. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения Потребителем (Пациентом) своих обязанностей или по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

9.7. Потребитель (Пациент) возмещает Исполнителю понесенные убытки, если Исполнитель не смог оказать услугу (или был вынужден прекратить ее оказание) по вине Потребителя (Пациента).

9.8. Стороны несут ответственность за выполнение настоящего договора в соответствии с действующим законодательством.

9.9. При несоблюдении Исполнителем обязательств по исполнению услуг Потребитель (Пациент) вправе действовать в соответствии с Законом РФ «О защите прав потребителей».

9.10. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение (ненадлежащее исполнение) обязательств по договору, если причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) является чрезвычайное и непредотвратимое обстоятельство (непреодолимая сила).

ПРИЛОЖЕНИЕ:

№ 1 Акт оказанных медицинских услуг.

№ 2 Согласие на обработку персональных данных.

№ 3 Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств.

10. ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн имени М.В.Каменева
Юридический адрес: 450057, РБ, г. Уфа, ул. Тукаева, д.48.
Фактический и почтовый адрес: 450057, РБ, г. Уфа, ул. Тукаева, д. 48;
тел./факс 8 (347) 250-76-80, 250-70-35.
Эл. Почта: ufa.rkgvv@doctorgb.ru (приемная)
utggvy@yandex.ru (отдел по гос. закупкам)
ИНН 0274052018;
КПП 027401001;
ОКПО 39966405;
ОКАТО 80701000;
ОКВЭД 86.10;
ОГРН 1030203902673;
Лицевой счет бюджетного учреждения МИНФИН РБ (ГБУЗ РКГВВ им. М.В.Каменева) л/с 20112040260
Р/с 03224643800000000100
ЕКС 40102810045370000067;
ОКОГУ 2300229
ОКТМО 80701000001;
ОКФС 13; ОКОПФ 75203
в ОКЦ №6 УГУ Банка России//УФК
ПО РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН г. Уфа
БИК 018073401

/_____
м.п.

Потребитель (Пациент) или законный представитель Ф.И.О.

√ _____ / _____
подпись Ф.И.О.

Все данные даны с моего согласия, вношу добровольно
Ф.И.О.

√ _____
подпись

« _____ » _____ 202 ____ г.

Приложение №1 к договору
о платных услугах
«__» _____ 202__ г. № __

Настоящий акт является неотъемлемой частью договора от «__» _____

АКТ

оказанных медицинских услуг
по договору на оказание платных медицинских услуг

от «__» _____ 202__ г. № _____

Госпиталь

√ _____ / _____ /
подпись

**Потребитель (Пациент) или законный
представитель:
Ф.И.О.**

√ _____ / _____ /
подпись

г. Уфа

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн имени М.В.Каменева (далее по тексту – Госпиталь, с учетом склонения по падежам), действующее на основании Устава и имеющее лицензию № Л041-01170-02/00351450 от 20 ноября 2020 года, именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице _____, действующей на основании _____, с одной стороны, и Потребитель (Пациент) или законный представитель _____, с другой стороны, составили настоящий акт о нижеследующем:

1. В период с «__» _____ 202__ г. по «__» _____ 202__ г. Исполнителем оказаны медицинские услуги Потребителю (Пациенту) или законному представителю в составе:

Код для оплаты	Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Кол-во, Ед.	Стоимость услуги (руб.)	Сумма (руб.)
Итого на сумму (руб.):					

Всего оказано услуг на сумму: _____ (_____) рублей., НДС не облагается.

2. Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Потребитель (Пациент) или законный представитель претензий по объему, качеству и срокам оказания платных медицинских услуг не имеет.

Приложение № 2 к договору
о платных услугах
«__» _____ 202__ г. № ____

**СОГЛАСИЕ ПОТРЕБИТЕЛЯ (ПАЦИЕНТА)
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, нижеподписавшийся, _____

зарегистрирован по адресу: _____

проживающий по адресу: _____

документ, удостоверяющий личность: паспорт серия _____ номер _____
выдан _____ «__» _____ г.

в соответствии с требованиями ст.23,24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» я даю свое согласие на обработку Госпиталем, расположенному по адресу: РБ, г. Уфа, ул. Тукаева, д. 48, а также филиалов расположенных по адресам: РБ, г. Уфа, ул. К. Маркса, д. 31; РБ, г. Уфа, бульвар Славы, д. 1а, моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), реквизиты справки МСЭ, место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Госпиталя, при условии сохранения врачебной тайны.

Предоставляю Госпиталю право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Госпиталь вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

В процессе оказания Госпиталем мне медицинских услуг я предоставляю право Госпиталю передавать мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту, в интересах моего обследования, лечения и учета следующим лицам:

— должностным лицам Госпиталя, а также лицам, обрабатывающим персональные данные с Госпиталем на основании заключенного с ним договора;

— страховым медицинским организациям (в рамках ОМС), контролирующим органам: ФОМС, ТФОМС, Пенсионный фонд РФ, ФНС, ФСС, Росстату, иным государственным органам.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего дополнительного письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной «__» _____ 202__ г. и действует бессрочно.

Условием прекращения обработки персональных данных является получение Госпиталем моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку моих персональных данных.

Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока.

Подпись Потребителя (Пациента) _____ / _____

Дата «__» _____ 202__ г.

Приложение № 3 к договору
о платных услугах
« ____ » _____ 202_ г. № ____

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств
(первичная медико-санитарная, специализированная (при наличии), в том числе
высокотехнологичная медицинская помощь, паллиативная медицинская помощь)**

Я, _____
(Ф.И.О. Потребителя (Пациента) или законного представителя)

Дата и год рождения _____
зарегистрирован(а) по адресу: _____

(адрес Потребителя (Пациента) или законного представителя)

в соответствии с требованиями Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие для получения первичной медицинской помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощью, паллиативной медицинской помощью при оказании пациенту, лицу, чьим законным представителем я являюсь (нужное подчеркнуть) _____

(Ф.И.О. Потребителя (Пациента), лицо, от имени которого выступает законный представитель)

« ____ » _____ года рождения,
зарегистрирован(а) по адресу: _____
(адрес Потребителя (Пациента), лицо, от имени которого выступает законный представитель)

медицинской помощи в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн имени М.В.Каменева (далее по тексту- Госпиталь, с учетом склонения по падежам) медицинским работником

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

Я ознакомлен(а) с Перечнем видов медицинских вмешательств, в доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Мне известно, что в момент поступления невозможно предусмотреть все необходимые варианты обследования, поэтому в ходе обследования и лечения может возникнуть необходимость в изменении медикаментозной терапии.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу заболевания, осведомлен(а) об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время указанного медицинского вмешательства. Мне разъяснено, что в единичных случаях при применении лекарственных препаратов любого класса возможно проявление индивидуальной непереносимости, которое потребует его отмены и назначения другого препарата.

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо как перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах.

Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я извещена(а) о том, что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовать с врачом прием любых не прописанных лекарственных и иных препаратах.

Мне известно, что - медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма.

Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

Я согласен(а) не согласен(а) (ненужное зачеркнуть) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей, на использование сведений, содержащихся в медицинской документации, исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом хранения врачебной тайны.

Мне известно, что при несоблюдении мною лечебных предписаний или правил внутреннего распорядка настоящего лечебного учреждения лечащий врач вправе отказать от дальнейшего моего лечения и я буду выписан(а) из данного лечебного учреждения.

Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы, на которые мне даны исчерпывающие ответы.

Я информирован (а), о том, что при поступлении на операцию в Госпиталь, выполняемую в плановом порядке, должен был провести обследование в амбулаторно-поликлинических условиях по своему месту жительства или регистрации, но я выбираю госпиталь и подтверждаю свое согласие на обследование в стационаре перед проведением хирургического вмешательства.

Получила полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно соглашаюсь на медицинское вмешательство.

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании медицинской помощи лицу, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть):

(Ф.И.О. лиц, которым представляется права присутствовать при оказании медицинской помощи)

Я разрешаю передать информацию о нахождении на лечении и состоянии моего здоровья следующим лицам: _____

✓ _____
подпись (Ф.И.О. Потребителя (Пациента), одного из родственников, иного законного представителя)

✓ _____
подпись (Ф.И.О. медицинского работника)

✓ _____
подпись (Ф.И.О. медицинского работника)

✓ _____
подпись (Ф.И.О. медицинского работника)

✓ _____
подпись (Ф.И.О. медицинского работника)

Подпись Потребителя (Пациента)

✓ _____ «___» _____ 202__ г.

Дополнительный перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие

Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза	Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций
Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация	Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы)
Антропометрические исследования. Термометрия. Тонометрия	Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций
Ультразвуковые исследования, в том числе доплерографические исследования	Медицинский массаж. Лечебная физкультура.
Лабораторные методы обследования, в т.ч. клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические, гематологические	Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в т.ч. внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикжно
Рентгенологические методы исследования, в том числе с применением контрастных веществ; компьютерная томография, в том числе с применением контрастных веществ	Функциональные методы обследования, в т.ч. электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, электроэнцефалография
Фиброгастродуоденоскопия, колоноскопия	Физиотерапевтическое лечение

А также следующих видов медицинских вмешательств:

1. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе ингаляционно, парабульбарно, ретробульбарно, субконъюнктивально, внутривисцерально, внутрисуставно.

2. Диагностические и лечебные пункции, зондирование, дренирование полостей и органов, катетеризация периферических и центральных сосудов.

3. Операционная, пункционная биопсия и все другие виды обезболивания.

4. Подготовка и проведение эндоскопических исследований: ФГДС, колоноскопия, бронхоскопия, цистоскопия, ректоскопия, гистероскопия, торакоскопия, лапароскопия, артроскопия.

5. Все виды электрокоагуляций.

6. Переливание крови, её компонентов и кровезаменителей, плазмаферез.

7. Другое _____ (Госпитале)

Подпись Потребителя (Пациента) ✓ _____ / _____

Дата «___» _____ 202__ г.

Обязанности Потребителя (Пациента)

Потребитель (Пациент) обязан:

— Соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

— Не осуществлять действия, влекущие за собой нарушения прав других граждан на благоприятную среду жизнедеятельности без окружающего табачного дыма и охрану их здоровья от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака.

— Вежливо общаться с сотрудниками Госпиталя. При не корректном поведении пациента, грубом обращении и использовании нецензурных выражений, медицинский персонал имеет право отказать пациенту в продолжение лечения (за исключением экстренных случаев) и принять меры в соответствии с гражданско-правовым и административным законодательством.

— Бережно относиться к имуществу Госпиталя и имуществу других пациентов.

— Предоставить врачу полную информацию о своем здоровье, перенесенных заболеваниях, методах лечения, непереносимости лекарственных препаратов, злоупотреблении алкоголем и психоактивными веществами. Предоставление сознательно искаженной информации о своем здоровье, неполной информации могут отразиться на правильности выставляемого диагноза, назначаемого лечения и повлиять на прогноз выздоровления.

— Заполнять предложенные медицинскими работниками установленные законодательством бланки.

— Добросовестно выполнять назначенные режим и лечебные мероприятия. Неисполнение или исполнение в неполном объеме назначенного лечения могут отразиться на состоянии здоровья и повлиять на прогноз выздоровления.

— Находиться круглосуточно в пределах территории Госпиталя. Самовольное оставление Потребителем (Пациентом) стационара расценивается как добровольный отказ от медицинской помощи. При этом Госпиталь не несет ответственности за ухудшение

состояния, связанное с нарушением лечебно-охранительного режима и недостижение улучшения состояния здоровья.

— Соблюдать правила гигиены и противопожарной безопасности.

— Сдать в гардероб верхнюю одежду, обувь, шапки, ценные вещи отдавать родственникам (денежные средства, ювелирные украшения и прочее). За кражу или утерю вещей, не сданных на хранение, администрация ответственности не несет.

Запрещается в помещениях и на территории Госпиталя:

— курение;

— распитие спиртных напитков;

— употребление курительных смесей, в том числе психотропных и наркотических препаратов;

— самовольный уход учреждения до завершения курса лечения.

Ответственность

За нарушение Правил и лечебно-охранительного режима Потребитель (Пациент) может быть досрочно выписан из Госпиталя с соответствующей отметкой в листке временной нетрудоспособности.

Подпись Потребителя (Пациента) _____ / _____

Дата «__» _____ 202__ г.

РАЗРЕШЕНИЕ НА ПЕРЕДАЧУ ИНФОРМАЦИИ О ЗАБОЛЕВАНИИ И ПЕРЕДАЧУ СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ

Пользуясь правом, предоставленным мне ст.ст. 13,22 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323 - ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», я (Фамилия И.О.), _____, разрешаю давать информацию, составляющую врачебную тайну, о моем состоянии здоровья (о его характеристике и особенностях, о прогнозе, о предстоящей операции, ожидаемых результатах и возможных последствиях, о степени риска, об осложнениях, о течении послеоперационного периода, а также любые другие сведения о моем здоровье) только _____

(Ф.И.О. лица, кому разрешено давать информацию)

Пользуясь правом, предоставленным мне ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323 - ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» я даю согласие для передачи моих сведений, составляющих врачебную тайну в интересах обследования и лечения для проведения научных исследований, публикаций в научной литературе, для использования в учебном процессе, должностным лицам и в иных целях.

Подпись Потребителя (Пациента) _____ / _____

Дата «__» _____ 202__ г.