**Уведомление**

**О последствиях несоблюдении назначений (рекомендаций) медицинского учреждения**

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Детская городская поликлиника № 6» (далее – БУЗОО «ДГП № 6») в соответствии с п.24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 N 736 уведомляет Вас о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского учреждения (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

С Уведомлением ознакомлен, экземпляр на руки получил до заключения договора на оказание платных медицинских услуг:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО) (подпись) (дата)

 **Согласие**

 **на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, законный представитель несовершеннолетнего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО субъекта персональных данных) (ФИО)

В соответствии с п.4 ст.9 Федерального закона от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных» (далее - Федеральный закон №152-ФЗ), зарегистрирован(а) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, серия \_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В целях оказания медицинских услуг даю согласие бюджетному учреждению здравоохранения Омской области «Детская городская поликлиника № 6» на обработку моих персональных данных, то есть на совершение действий, предусмотренных п. 3 ст 3 Федеральным законом №152-ФЗ. Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме <1>

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО) (подпись) (дата)

**---------------------------------------------------**

*Информация для сведения: <1> Согласно п.8 ч.4 ст.9 Федеральным законом №152-ФЗ согласие в письменной форме субъекта персональных данных на обработку его персональных данных должно включать в себя, в том числе и срок, в течении которого действует согласие субъекта персональных данных, а так же способ его отзыва, если иное не установлено Федеральным законом.*

**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**

**Я,** зарегистрированный по адресу:

(Ф.И.О. гражданина) (адрес места жительства гражданина/ законного представителя)

являюсь законным представителем

(Ф.И.О. пациента , дата рождения)

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. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (дальше - Перечень), для получения первично: медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в бюджетному учреждении здравоохранения Омской области «Детская городская поликлиника № 6»

Медицинским работником 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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, СТ. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 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)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО) (подпись) (дата)

**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_\_**

**на оказание платных медицинских услуг**

город Омск «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

**Бюджетное учреждение здравоохранения омской области «Детская городская поликлиника № 6»,** осуществляющее свою деятельность на основании лицензии регистрационный номер Л041-01165-55/00294901, выданная Министерством здравоохранения Омской области от 23.09.2014г. (644043, г. Омск, ул. Красный Путь, д. 6, тел. 23-35-25), (свидетельство о внесении записи в единый государственный реестр юридических лиц серия\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданной Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №12 по Омской области ОГРН 1025501173675), (свидетельство о постановке на учет Российской организации в налоговом органе по месту ее нахождения серия 55 № 003614487 Инспекция Федеральной налоговой службы по ЛАО г.Омска)

Перечень работ (услуг), указных в лицензии на осуществление медицинской деятельности:

Работы (услуги) при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях организуются и выполняются следующие: вакцинации (проведению профилактических прививок); физиотерапии; функциональной диагностике; медицинскому массажу, неотложной медицинской помощи; педиатрии; акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий); гастроэнтерологии; детской кардиологии; детской урологии-андрологии; детской хирургии; детской эндокринологии; инфекционным болезням; неврологии; нефрологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; травматологии и ортопедии; физиотерапии; функциональной диагностике; клинической фармакологии; психиатрии; психотерапии; эпидемиологии; лабораторной диагностике; рентгенологии; стоматологии; стоматологии профилактической; клинической лабораторной диагностике; лечебной физкультуре и спортивной медицине; ультразвуковой диагностике.

при проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам профилактическим.

Именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице регистратора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующей на основании доверенности № \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_, с одной стороны, и гражданин \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_ 20\_\_г., действующий (-ая) в интересах несовершеннолетнего: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Ф.И.О. несовершеннолетнего, год рождения*

именуемые в дальнейшем **«Заказчик» и «Пациент»** соответственно**,** с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. На условиях настоящего Договора Исполнитель обязуется оказать Пациенту на возмездной основе медицинские услуги:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее по тексту медицинские услуги), отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а Заказчик обязуется принять и оплатить медицинские услуги, оказанные Исполнителем в порядке и в сроки, установленные в Договоре.

1.2. Срок предоставления медицинских услуг осуществляется с «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. по «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_г.

1.3. Место оказания медицинских услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1.4. Медицинские услуги оказываются: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

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

1.5. Заказчик (Пациент) до подписания настоящего договора ознакомлен с перечнем предоставляемых Исполнителем услуг, стоимостью и условиями их предоставления, о квалификации специалистов, о режиме работы учреждения и отказывается от предоставления ему альтернативной возможности получения этого вида медицинской помощи за счет государственных средств \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 подпись

1.6. Исполнителем доведена до сведения Заказчика (Пациента) информация о порядке оказания медицинских услуг в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи. Заключая настоящий договор, Заказчик проинформирован о том, что Пациент имеет право на бесплатную медицинскую помощь согласно ч.1 ст.41 Конституции РФ и может реализовать это право через Программу государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, что при определении размера налоговой базы Заказчик имеет право на получение социальных налоговых вычетов соответствии с п.3 ст. 219 Налогового кодекса РФ в сумме, уплаченной в налоговом периоде за услуги по лечению Пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 подпись

1.4. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Пациента (Законного представителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, которое является неотъемлемой частью Договора.

**2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

**2.1. Исполнитель обязан:**

2.1.1. Предоставить Пациенту (Законному представителю) доступную и достоверную информацию:- о порядке оказания и видах медицинских услуг, предоставляемых Исполнителем;

- о видах и стоимости медицинских услуг, оказываемых за плату;

- о порядке и сроках оказания платных медицинских услуг.

2.1.2. Обеспечить соответствие предоставляемых по настоящему Договору услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения на территории Российской Федерации;

2.1.3. Оформить необходимые документы для оказания медицинских услуг.

2.1.4. Ознакомить Пациента (Законного представителя) о методах предоставления медицинских услуг и осложнениях, которые могут возникнуть в результате их оказания;

2.1.5. На основании результатов обследований представить Пациенту (Законному представителю) разъяснения и рекомендации о способах и видах лечения в рамках предмета настоящего договора.

2.1.6. Сохранить конфиденциальность информации о здоровье Пациента в соответствии с действующим законодательством.

2.1.7. Ознакомить пациента (Законного представителя) с режимом работы, правилами внутреннего распорядка и правилами поведения пациентов и их законных представителей в лечебном учреждении.

2.1.8. Ознакомить пациента (Законного представителя) о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации, а также сообщает почтовый адрес или адрес электронной почты (при наличии), на которые может быть направлено обращение (жалоба).

2.1.9. рассмотреть и удовлетворить заявленные требования либо направить отказ в удовлетворении заявленных требований в сроки, установленные для удовлетворения требований пациента (Законного представителя) [Законом](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=433294&date=22.08.2023) Российской Федерации "О защите прав потребителей"

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Отказаться от исполнения обязательств по Договору в случае неисполнения Пациентом требований необходимых для предоставления качественной медицинской помощи и потребовать возместить фактически понесенные Исполнителем расходы.

2.2.2. Отказать Пациенту в предоставлении медицинской услуги, в случае если Пациент (Законный представитель) находиться в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

2.3. Пациент (Законный представитель) обязан:

2.3.1. Выполнять требования Исполнителя, обеспечивающие предоставления качественной медицинской услуги;

2.3.2. Произвести оплату медицинских услуг в сроки и порядке, определенные настоящим договором;

2.3.3. Являться на прием в установленное время;

2.3.4. Предупредить Исполнителя об обстоятельствах, влияющих на оказание медицинской услуги (перенесенных ранее заболеваниях, противопоказаниях и аллергических реакциях к каким либо медикаментам, препаратам и т.п.)

2.3.5. Выполнять все требования, необходимые для организации лечебного процесса и рекомендации лечащего врача

2.3.6. Бережно относиться к имуществу Исполнителя; возместить ущерб, причиненный Пациентом имуществу Исполнителя, в соответствии с законодательством РФ.

2.4. Пациент (Законный представитель) имеет право:

2.4.1. Получать квалифицированные медицинские услуги

2.4.2. В любой момент отказаться от оказания медицинской услуги с оплатой фактически оказанных услуг.

2.4.3. Получать сведения о наличии лицензии Исполнителя, о квалификации и сертификации специалистов, оказывающих медицинскую услугу.

2.4.4. Получать в доступной для него форме имеющуюся информацию о состоянии здоровья Пациента, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

2.4.5. Свободного выбора специалиста (по предварительной записи).

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Стоимость платных медицинских услуг по Договору, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом, и составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), НДС не облагается.

3.2. Оплата медицинских услуг производиться в соответствии с действующим на день оплаты Прейскурантом, путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя в размере 100% предоплаты, с выдачей Заказчику (Пациенту) контрольно-кассового чека и документов установленного образца, подтверждающий произведенную оплату медицинских услуг.

3.3. Возврат денежных средств Заказчику производиться в соответствии с кассовой дисциплиной Исполнителя, в случае отказа Заказчика (Пациента) от услуги при условии, если услуга уже оплачена;

4. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА.

4.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует до фактического выполнения обязательств, принятых Сторонами по настоящему Договору, таковым является заключение по результатам диагностического исследования или выписка из истории болезни.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. Исполнитель несет ответственность за качество выполненных медицинских услуг, достаточных и адекватных состоянию Пациента на момент обращения.

5.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Пациентом (Законным представителем) условий настоящего Договора, в случаях осложнений и побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Пациента, а также в случае, если Пациент (Законный представитель) не проинформировал Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

5.4. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.5. При установлении факта ненадлежащего исполнения обязательств по договору по соглашению сторон:

- назначение нового срока оказания услуг;

- уменьшение стоимости предоставленной услуги;

- повторное предоставление услуги другим специалистом;

- расторжение договора с возмещением стоимости услуги.

5.6. Заказчик несет ответственность за:

- достоверность и полноту предоставленной информации о Пациенте;

- выполнение требований и рекомендаций врача;

- своевременность и полноту оплаты медицинских услуг, предоставленных пациенту.

6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

6.1. При возникновении спорных вопросов Стороны принимают все необходимые меры для их урегулирования путем переговоров.

6.2. Способ направлений обращений (жалоб):

в письменной форме на бумажном носителе по адресу: 644020, г. Омск, пр-т К.Маркса, д.20;

в электронном виде e-mail: buzoodgp6@mail.ru;

**«Горячая линия»** по вопросам организации оказания населению Омской области медицинской помощи, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований в медицинских организациях, подведомственных Министерству тел. 8 (3812) 21-12-26  (режим работы: ежедневно, кроме выходных и праздничных дней с 8.30 до 17.45, с учетом перерыва на обед с 13.00 до 14.00.)

БУЗОО «Медико-санитарная часть № 4» тел. 45-06-25.

6.3. Все споры, возникающие в связи с исполнением настоящего договора, разрешаются Сторонами путем переговоров, а при не достижении согласия – путем направления претензии одной Стороной другой Стороне. Претензия подлежит рассмотрению и разрешению в течение 10 дней с момента ее получения. При невозможности урегулирования разногласий спор передается на разрешение в Арбитражный суд Омской области в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.4. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

6.5. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

**7. Реквизиты сторон**

**Исполнитель:**

БУЗОО «ДГП № 6»

Адрес: 644020, г. Омск, проспект Карла Маркса, д. 80,

ИНН: 5505022301/ КПП: 550501001

**БИК** 015209001

**ЕКС** 40102810245370000044

**КС** 03224643520000005201

Наименование банка получателя – ОТДЕЛЕНИЕ ОМСК БАНКА РОССИИ//УФК по Омской области г. Омск

Получатель: Министерство финансов Омской области

(**БУЗОО «ДГП № 6»** л/с 006220708)

Сайт в сети "Интернет": https://dgp6omsk.ru

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

**Законный представитель (Пациент):**

Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт: сер.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданный:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_