

**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.15 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012г. №1006 уведомляет Вас о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского учреждения (медицинского работника), предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество 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) (далее - Перечень), для получения первично: медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в бюджетном 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, лицензия ЛО-55-01-001520., 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), указанных 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 кохlearной 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 Заказчику (Пациенту) 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 Пациент (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 Заказчика с режимом работы, правилами внутреннего распорядка и правилами поведения пациентов и их законных представителей в лечебном учреждении.

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) находится 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 производится 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 производится 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. 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.
- 6.3. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.
- 6.4. 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)

Законный представитель (Пациент):

Ф.И.О. _____

Паспорт: сер. _____ № _____,
выданный: _____

_____ / _____ /

_____ / _____ /

