

**Информированное добровольное согласие
на оказание платных медицинских услуг**

"___" _____ 2018 г.

Я, заказчик, потребитель, пациент _____, _____ карта пациента N _____, в рамках договора на оказание платных медицинских услуг желаю получить платные медицинские услуги в государственном бюджетном учреждении «Поликлиника №6 г. Грозного» (далее - Учреждение), при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в т.ч. в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить. Я ознакомлен с положением об организации платных услуг в Учреждении.
2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.
3. Мне разъяснено, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой мне платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.
4. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны дополнительные медицинские услуги, которые я хочу получить в Учреждении и согласен(на) оплатить лечение.
5. Я ознакомлен с действующим прейскурантом (тарифами) и согласен оплатить стоимость медицинской услуги в соответствии с ним.
6. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с врачом и я даю свое согласие на их оплату в кассу Учреждения.
7. Я проинформирован, что по поводу имеющегося у меня заболевания, иных проблем со здоровьем могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение желаемых медицинских услуг в Учреждении.
8. Настоящее согласие мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Пациент (Заказчик) :

паспорт: серия _____, N _____, выдан _____

_____ "___" _____ г.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

«___»_____ 2018 г.

Я, заказчик, потребитель, пациент _____, _____ карта пациента N _____, в рамках договора на оказание платных медицинских услуг и на основании ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" добровольно заявляю о согласии на медицинское вмешательство в форме _____.
(вариант медицинского вмешательства)

- Мне разъяснено и я осознаю, что во время медицинского вмешательства могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен(на) на то, что ход медицинского вмешательства может быть изменен врачами по их усмотрению.

- Я предупрежден(а) о факторах риска и понимаю, что медицинское вмешательство сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

- Я предупрежден(а), что в ряде случаев могут потребоваться повторные медицинские вмешательства, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это.

- Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

- Я знаю, что во время медицинского вмешательства возможна потеря крови и _____ даю согласие на переливание донорской или ауто (собственной) крови и ее компонентов.

- Я согласен(на) на запись хода медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

- Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства, в т.ч. переливаний донорской или ауто (собственной) крови и/или ее компонентов, и врач

дал понятные мне исчерпывающие ответы.

- Дополнительная информация:

_____.

Пациент (законный представитель):

_____.

паспорт: серия _____, N _____,

выдан _____

_____ " " _____

_____ г.

Расписался в моем присутствии:

Врач _____

(должность, Ф.И.О.) _____

**Уведомление пациента о несоблюдении назначений (рекомендаций) врача
при оказании платных медицинских услуг**

"___" _____ 2018г.

Я, заказчик, потребитель, пациент _____, _____ карта пациента N _____, в рамках договора на оказание платных медицинских услуг изъявил желание получить платные медицинские услуги в государственном бюджетном учреждении «Поликлиника №6 г. Грозного» (далее - Учреждение), при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат и что при медицинском вмешательстве и после него, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения.
2. Мне разъяснено, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой мне платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.
3. Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, не несет ответственности за их возникновение.
4. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.
5. Настоящее уведомление мною прочитано, я в полном объеме проинформирован и осознаю последствия несоблюдения мною назначений (рекомендаций) врача.

Пациент (Заказчик) :

_____,
паспорт: серия _____, N _____, выдан _____
_____ "___" _____
_____ г.

Согласие на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся(аяся), проживающий(ая) по адресу _____, паспорт №, выдан _____ (дата, наименование выдавшего органа)

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.06 г. №152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие ГБУ «Поликлиника №6 г. Грозного» (далее - Оператор) на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные о полисе обязательного медицинского страхования, страховой номер индивидуального лицевого счета Пенсионного фонда Российской Федерации (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Предоставляю Оператору осуществлять все действия с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, обезличивание, использование, блокирование, уничтожение.

В процессе оказания мне Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе обязательного медицинского страхования на обмен (прием и передачу) моих персональных данных со страховой медицинской организацией и Территориальным фондом обязательного медицинского страхования с использованием цифровых носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Настоящее согласие дано мной и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать мое согласие, которое может быть направлено в письменном виде в адрес Оператора.

Подпись субъекта персональных данных (с расшифровкой): _____

Дата: _____ 2018г.

ДОГОВОР № _____
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г.Грозный

« » _____ 2018г.

Государственное бюджетное учреждение «Поликлиника №6 г. Грозного», действующее на основании свидетельства №20№001208773 от 22.01.2013г., выданное Межрайонной ИФНС №1 по Чеченской Республике, лицензии на осуществление медицинской деятельности №95-01-000260 от 29.07.2013г., выданной Министерством здравоохранения Чеченской Республики (364051, г. Грозный, ул. Чехова, 4, тел.: 8 (8712) 22-20-51), включающую в себя работы (услуги), выполняемые по след. адресам: - 364060, Чеченская Республика, г. Грозный, Старопромысловский район, ул. Ялтинская, дом №12а: 1)при осуществлении доврачебной медицинской помощи по: акушерскому делу; лабораторной диагностике; лабораторному делу; медицинской статистике; медицинскому массажу; общей практике; организации сестринского дела; рентгенологии; сестринскому делу; стоматологии; физиотерапии; функциональной диагностике; 2)при осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе: а) при осуществлении первичной медико-санитарной помощи по: гастроэнтерологии; инфекционным болезням; кардиологии; контролю качества медицинской помощи; клинической лабораторной диагностике; неврологии; общей врачебной практике (семейной медицине); общественному здоровью и организации здравоохранения; оториноларингологии; офтальмологии; рентгенологии; стоматологии; терапии; урологии; хирургии; ультразвуковой диагностике; экспертизе временной нетрудоспособности; б)при осуществлении медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов по: акушерству и гинекологии; экспертизе временной нетрудоспособности; в)при осуществлении специализированной медицинской помощи по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); травматологии и ортопедии; физиотерапии; экспертизе временной нетрудоспособности; эндокринологии; эндоскопии. - 364060, Чеченская Республика, г. Грозный, Старопромысловский район, ул. Заветы Ильича, дом №36: 1) при осуществлении доврачебной медицинской помощи по: акушерскому делу; лабораторной диагностике; сестринскому делу; стоматологии профилактической; физиотерапии; функциональной диагностике; 2)при осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе: а)при осуществлении первичной медико-санитарной помощи по: кардиологии; лечебной физкультуре и спортивной медицине; офтальмологии; стоматологии; терапии; физиотерапии; функциональной диагностике; экспертизе временной нетрудоспособности; эндоскопии; б)при осуществлении медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов по: акушерству и гинекологии; экспертизе временной нетрудоспособности; в)при осуществлении специализированной медицинской помощи по: экспертизе временной нетрудоспособности; эндоскопии,

в лице главного врача Хаджиевой Ларисы Лемаевны, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель, Учреждение», с одной стороны и

именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, заключили договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель принимает на себя, обязанность оказать на платной основе в разумные сроки, а Потребитель оплатить следующие медицинские услуги:

№	Наименование услуги	Дата, время оказания	Специалист, категория	Стоимость
Итого				

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

- обеспечить надлежащее качество медицинских услуг, предупредить Потребителя о необходимых ограничениях при проведении лечения и диагностики и возможных негативных последствиях в случае нарушения Потребителем рекомендаций специалистов Исполнителя;
- оформлять медицинскую документацию в соответствии с действующим законодательством;

- предупреждать Потребителя, в случае если при предоставлении указанных в договоре платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором;

- не предоставлять Потребителю дополнительные медицинские услуги на возмездной основе без согласия Потребителя.

2.2. Потребитель обязуется:

- оплатить услуги в порядке и в сроки, установленные настоящим договором;

- обязуется выполнять требования медицинского персонала, обеспечивающие безопасность и качественное предоставление медицинской услуги, в т. ч. выполнять рекомендации лечащего врача;

2.3. Потребитель имеет право выбора специалиста.

3. Порядок расчета

3.1. Потребитель производит расчет путем внесения наличных денежных средств в кассу Учреждения в порядке 100% предоплаты.

4. Ответственность сторон

4.1. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием действия обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор).

4.2. Исполнитель не несет ответственности за медицинские осложнения, возникшие в результате нарушения Потребителем предписаний и рекомендаций Исполнителя.

4.3. Исполнитель несет ответственность за качество и набор действий, составляющих платную медицинскую услугу, которые определяются действующим в момент ее оказания медико-экономическим стандартом или договором на оказание услуг.

4.4. Исполнитель несет ответственность перед Потребителем только за умышленные виновные действия персонала. Исполнитель не несет ответственности за действия третьих лиц.

5. Особые условия

5.1. Потребитель вправе отказаться от исполнения договора об оказании услуг в любое время при условии оплаты исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.

5.2. Потребителю разъяснен порядок и условия получения данной медицинской услуги на безвозмездной основе в рамках программы (территориальной программы) государственных гарантий. С перечнем услуг ознакомлен.

5.3. По требованию одной из сторон на предоставление оказываемых исполнителем услуг может быть составлена смета.

6. Срок действия договора

6.1. Настоящий договор вступает в действие с момента его подписания сторонами и действует до исполнения Сторонами своих обязательств. Настоящий договор может быть изменен, расторгнут по соглашению сторон.

7. Порядок рассмотрения споров

7.1. В случае возникновения споров Стороны примут все меры для их разрешения путем переговоров.

7.2. При не достижении согласия по спорным вопросам путем переговоров, спор разрешается в соответствии с действующим законодательством.

8. Заключительные положения

8.1. Договор составлен в количестве - по одному экземпляру для каждой Стороны, имеющих равную юридическую силу.

9. Подписи и реквизиты сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ

ПОТРЕБИТЕЛЬ

ГБУ «Поликлиника №6 г. Грозного»
364043, г. Грозный ул. Ялтинская, 12-а
ИНН 2016000225 КПП 201601001
УФК по Чеченской Республике (ГБУ «Поликлиника
№6 г. Грозного») ГРКЦ НБ Чеченской Республики
Банка России г. Грозный
л/с 22946Щ02130 р/с 40601810700001000001
БИК_049690001 ОКАТО_96401372000
тел. 8 (8712) 22-48-56.; факс: 22-48-56

Ф.И.О. _____

Адрес: _____

тел. _____

Один экземпляр договора получен

Подписи сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ

ПОТРЕБИТЕЛЬ

_____/Хаджиева Л.Л./

_____/_____/

