ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг

г. Севастополь «_____» _____ 2024г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Севастополя «Городская больница № 4», осуществляет свою деятельность на основании лицензии на осуществлении медицинской деятельности № Л041-01138-92/00577560 от 25.12.2020 (срок действия – бессрочно), в лице г**лавного врача Дмитрия Леонидовича Ложкина** действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем Исполнитель, и Заказчик/Потребитель (нужное подчеркнуть) _____,

_____

(ф.и.о./наименование Заказчика(_Потребителя)

далее совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель по поручению Заказчика оказывает медицинские услуги на платной основе (далее - услуги), а Заказчик/Потребитель принимает и оплачивает оказанные услуги на условиях настоящего договора.

1.2. Исполнитель, в соответствии с добровольным волеизъявлением Заказчик/Потребитель, на основании Информированного добровольного согласия о медицинской услуге, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, являющегося обязательным Приложением к настоящему договору, с соблюдением нравственных принципов общества оказывает медицинские услуги.

1.3. Заказчик/Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

- проинформировал его о видах и условиях оказания медицинской помощи, установленных Территориальной программой Государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в т.ч. о сроках ожидания медицинской помощи.

- ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 года № 736);

- ознакомил его с Положением о порядке предоставления платных медицинских услуг ГБУЗС «Городская больница №4».

- ознакомил его с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;

1.4. Подписав настоящий Договор, Заказчик/Потребитель подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Обеспечить оказание качественных услуг, указанных в п.1.2. договора, в необходимых Заказчик/Потребитель объемах, в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации, утвержденными в установленном порядке.

2.1.2. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах, в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

2.1.3. Оказывать медицинские услуги после внесения Заказчик/Потребитель денежных средств, в порядке, определенном разделом 3 настоящего Договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату.

Выдать Заказчику/Потребителю в случаях, установленных законодательством Российской Федерации о применении контрольно-кассовой техники, документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (кассовый чек или бланк строгой отчетности).

2.1.4. Предоставить информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

2.1.5. Обязан ознакомить Заказчика/Потребителя с условиями и сроками ожидания платных медицинских услуг;

2.2. Исполнитель вправе:

2.2.1. Требовать от Заказчика/Потребителя предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему платных медицинских услуг.

2.2.2. Требовать от Заказчика/Потребителя бережного отношения к имуществу Исполнителя и соблюдения им Правил внутреннего распорядка Исполнителя.

2.2.3. В одностороннем порядке изменить предварительно определенный объем оказываемых медицинских услуг в случае, если существует угроза жизни или здоровью Заказчику/Потребителю.

2.2.4. Отказать в оказании платных медицинских услуг при выявлении противопоказаний у Заказчика/Потребителя.

2.2.5. Отказать Заказчику/Потребителю в оказании медицинской помощи в случае нарушения им условий п. 2.3 настоящего Договора.

2.2.6. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема Исполнитель вправе направить Потребителя к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации или увеличить сроки оказания услуг.

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

2.3. Заказчик/Потребитель обязан:

2.3.1. Оплатить услуги, предоставленные в соответствии с настоящим договороВ случае отказа Заказчика после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

2.3.2. Предоставить Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

2.3.3. Представлять необходимые документы для качественного и своевременного оказания услуг.

2.3.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников, оказывающих медицинские услуги, но настоящему Договору.

2.3.5. При предоставлении медицинских услуг сообщать Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) о любых изменениях самочувствия.

2.3.6. Отказаться на весь период предоставления медицинских услуг по настоящему Договору, от употребления наркотиков и лекарств, их содержащих, психотропных препаратов, алкогольсодержащих напитков.

2.3.7. Соблюдать график приема медицинских работников, предоставляющих медицинские услуги по настоящему Договору.

2.3.8. Соблюдать внутренний режим нахождения в медицинской организации, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

2.3.9. Бережно относиться к имуществу Исполнителя. В случае причинения ущерба исполнителю вследствие утраты или порчи имущества, вызванного действиями или бездействием Заказчика и/или лиц его сопровождающих, Заказчик (Законный представитель) обязуется в течение трех календарных дней возместить Исполнителю действительный нанесенный ущерб в полном объеме.

2.3.10. Обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

2.3.11. 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).

2.3.12. Соблюдать правила пожарной безопасности: при обнаружении источников пожара, иных источников, угрожающих общественной безопасности, пациент должен немедленно сообщить об этом сотрудникам учреждения.

2.3.13. Подписать акт выполненных услуг в бухгалтерии Исполнителя. В случае не подписания акта Заказчиком в течение трех рабочих дней после оказания Исполнителем услуг, указанных в п.1.2. договора, услуги считаются принятыми Заказчиком в полном объеме, и Заказчик не имеет претензий к Исполнителю.

2.4. Заказчик вправе:

2.4.1. Отказаться от получения услуг и получить обратно оплаченную сумму с возмещением Исполнителю фактических затрат, связанных с подготовкой оказания услуг.

2.5. Стороны обязуются соблюдать режим конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении условий настоящего договора. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной конфиденциальной по настоящему договору, может осуществляться только с письменного согласия другой стороны (за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации).

2.6. Конфиденциальной информацией по настоящему договору признаются: сведения о пациентах, результаты исследования.

3. Стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты

3.1. Стоимость услуг по настоящему договору определяется исходя из действующего у Исполнителя прейскуранта в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг и составляет _____ (_____) рублей.

3.2. Оплата Заказчиком стоимости услуг осуществляется путем перечисления суммы денежных средств в размере 100% стоимости, указанной в пункте 3.1. Договора, на расчетный счет Исполнителя, указанный в настоящем договоре, или путем внесения в кассу Исполнителя.

3.3. Заказчик/Потребитель ознакомлен с прейскурантом до подписания настоящего договора.

3.4. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора на предоставление дополнительных медицинских услуг, их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора.

3.5. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения, стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Заказчика с учетом уточненного диагноза, путем подписания дополнительного соглашения, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора. Без согласия Заказчика, Исполнитель не имеет права предоставлять дополнительные платные медицинские услуги по настоящему Договору.

3.6. Оплата услуг по настоящему договору осуществляется Заказчиком в порядке 100 % предоплаты путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или внесения наличных средств в кассу Исполнителя.

3.7. Услуги оказываются Заказчику/Потребителю после их полной оплаты.

3.8. Место оказания услуг – местонахождение Исполнителя, по адресу: г. Севастополь, ул. Леваневского, д. 25, 299002.

3.9. Перечень и стоимость медицинских услуг указаны на официальном сайте Исполнителя: https://sevgb4.ru/ в разделе: «Пациенту» – «Платные медицинские услуги».

4. Условия и сроки оказания медицинских услуг

4.1. 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».

4.2. Потребитель подтверждает, что до подписания настоящего Договора, ознакомлен в доступной форме с информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения:

- Порядки оказания медицинской помощи при медицинских заболеваниях;
- Стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги;
- Информацию о враче, оказывающем медицинские 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;
- Иные сведения, по требованию Потребителя, связанные с оказываемой медицинской услугой и подлежащие разглашению в соответствии с действующим законодательством.

4.3. Основанием для предоставления медицинских услуг является добровольное желание Потребителя получить медицинские услуги за плату, наличие медицинских показаний и технической возможности для оказания медицинских услуг.

4.4. Лечащий врач в соответствии с медицинскими показаниями и возможностями, после осмотра Потребителя 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 и получает его письменное информированное добровольное согласие, Стороны договорились, что такое согласие является также подтверждением того, что Потребитель 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, составляет предварительный план лечения, после этого проводится комплекс диагностических, лечебных мероприятий в соответствии с диагнозом и предварительным планом лечения.

4.5. Сроки ожидания предоставления медицинских услуг зависит от объема услуг, графика работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, и начинается с момента обращения Потребителя (Заказчика) к Исполнителю и произведенной оплаты услуг. Срок оказания медицинских услуг не может превышать 20 календарных дней со дня обращения Потребителя в медицинскую организацию, за исключением если Потребитель (Заказчик) заявит об оказании услуги в более поздний срок.

4.6. В случае изменения срока оказания медицинских услуг, Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора

4.7. Если в процессе оказания услуг возникла необходимость оказание дополнительных услуг, то они оказываются только после получения письменного согласия Потребителя.

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

4.9. Для оказания Услуг Исполнителем используется материально-техническая база медицинской организации, находящаяся на балансе медицинской организации, в том числе материально-техническая база, находящаяся в хозяйственном ведении или оперативном управлении, а также переданная в безвозмездное пользование или по договору финансовой аренды.

5. Цена и порядок расчетов

5.1 Цена услуг оговаривается до начала предоставления услуг и определена в Тарифах действующих на момент заключения договора.

5.2 Оплата услуг удостоверяется Исполнителем путем предоставления Заказчику чека, подтверждающего оплату.

5.3. Общая стоимость услуг, согласно Прейскуранту цен, определяется из расчета необходимых Заказчику медицинских услуг.

6. Срок действия договора

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента заключения и действует до 31.12.2025.

7. Ответственность сторон

7.1. За невыполнение или ненадлежащее выполнение своих обязательств Стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством РФ.

7.2. Исполнитель отвечает только за ненадлежащее исполнение услуг.

8. Порядок и условия выдачи копий медицинской документации

8.1. Для получения копии медицинских документов или выписок из них после исполнения договора Исполнителем, Потребитель либо его 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.

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

В случае выбора способа получения Потребителем (его 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.

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 либо его законного представителя в срок, не превышающий четырнадцати календарных дней со дня регистрации в медицинской организации запроса.

Предоставление Потребителю либо его законному представителю копий медицинских документов и выписок из них на бумажном носителе осуществляется в количестве одного экземпляра в срок 30 рабочих дней с момента подачи заявления Заказчиком/Потребителем.

9. Порядок разрешения споров и условия прекращения, расторжения или изменения договора

9.1. Все споры и разногласия, возникающие между сторонами в процессе исполнения настоящего договора, решаются путем переговоров.

9.2. Договор может быть расторгнут в следующих случаях:

- по соглашению Сторон;
- при оказании услуг, в случае возникновения противоречий между Заказчиком и Исполнителем;
- в связи с окончанием предоставления услуг по договору, которые оформляются актом выполненных услуг, являющимся обязательным приложением к настоящему договору;
- по другим основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации;
- любой из сторон в одностороннем порядке при возмещении другой стороне фактически понесенных расходов.

9.3. При не достижении согласия, споры по настоящему договору разрешаются в судебном порядке.

10. Особые условия

10.1. Исполнитель вправе отказать в предоставлении услуг Заказчику в случаях:

- когда действия Заказчика угрожают жизни и здоровью персонала Исполнителя;
- когда Заказчик пришел к Исполнителю в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения.

10.2. Заказчику услуги оказываются в соответствии с законодательством Российской Федерации в области оказания медицинской помощи.

10.3. В случае заключения настоящего договора Стороны дают свое согласие на обработку своих персональных данных в соответствии с действующим законодательством и локальными нормативными актами Исполнителя.

10.4. Заказчик/Потребитель может ознакомиться с правилами, документами и формами, указания на которые имеются в настоящем договоре на информационном стенде, на официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» Исполнителя.

11. Заключительные положения

11.1 Договор на оказание медицинских услуг заключён в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны. Приложение 1 - Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство.

11.2. Договор составляется в 3-х экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Заказчика, третий - у Потребителя.

12.Адреса и банковские реквизиты сторон:

Исполнитель:
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Севастополя «Городская больница № 4»
299002, г. Севастополь, ул. Леваневского,25
тел. 71-50-32
ИНН 9203007199, КПП 920301001,ОГРН 1149204047761
УФК по г. Севастополю (ГБУЗ С «Городская больница № 4» л/с № 20746Щ83140)
р/с 40601810967111000001
в Отделении Севастополь г. Севастополь
E-mail: gb4@sev.gov.ru

Главный врач _____ Д. Л. Ложкин

Заказчик:
Ф.И.О.:
_____
_____
_____

Паспорт
серия_____№_____Выдан«___»_____года,_____
_____
_____
зарегистрирован_____
_____
_____
Телефон: +7 (9_____) _____ - _____

С условиями договора об оказании платной медицинской помощи согласен, обязуюсь исполнять в полном объеме, также настоящей подписью даю согласие на обработку своих персональных данных

Подпись _____

Потребитель:
Ф.И.О.:
_____
_____
_____

Паспорт
серия_____№_____Выдан«___»_____года,_____
_____
_____
зарегистрирован_____
_____
_____
_
Телефон: +7 (9_____) _____ - _____

С условиями договора об оказании платной медицинской помощи согласен, обязуюсь исполнять в полном объеме, также настоящей подписью даю согласие на обработку своих персональных данных

Подпись _____

к Договору на оказание
платных медицинских услуг
№ _____ от _____2024

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____

(Ф.И.О.)

В соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", **оказание мне данной платной медицинской услуги и готов (-а) оплатить ее стоимость в соответствии с настоящим договором.**

Я в полной мере проинформирован (а) о целях, методах, возможном риске, вариантах, последствиях, результатах данного медицинского вмешательства.

Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я **добровольно соглашаюсь** на оказание мне медицинской услуги.

Я получил(а) подробные объяснения о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, 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 Заказчика.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу заболевания, осведомлен(а) об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время оказания указанной медицинской услуги**,** включая анестезию и прием лекарственных средств, и понимаю, что существует определенная степень риска возникновения следующих побочных эффектов и осложнений: - _____-_____; - аллергические реакции и др.

Я согласен (-на) 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 медицинская услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ГБУЗ С «Городская больница № 4» не несет ответственности за их возникновение.

Запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением:_____-_____

(указать какие, если имеются исключения)

До меня была доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях введения медицинских препаратов в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена.

Я согласен (а) на применение всех необходимых по моему состоянию здоровья лекарственных препаратов (в т.ч. для анестезии), за исключением:_____-_____

(указать какие, если имеются исключения)

Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы.

Кроме того, я даю разрешение медицинским работникам проводить любые диагностические мероприятия (в том числе рентгенологические исследования), которые они сочтут необходимыми.

В соответствии с Приказом МЗСР РФ от 23.04.2012 г. N 390н я также даю согласие на проведение при необходимости следующих вмешательств:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование. 3. Антропометрические исследования. 4. Термометрия. 5. Тонометрия. 6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций. 7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций. 8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы). 9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические. 10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных). 11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования. 12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожною. 13. Медицинский массаж. 14. Лечебная физкультура.

Я,_____

(Ф.И.О.)

в соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в РФ",

получил от врача (ФИО) _____

полную информацию о возможности и порядке получения в учреждении медицинских услуг за счет средств общеобязательного медицинского страхования (ОМС).

От возможности получения бесплатной медицинской помощи отказываюсь добровольно, настаиваю на платном лечении.

Фамилия, инициалы и подпись пациента:
_____

Я ознакомлен (-а) с действующим прейскурантом и согласен (-а) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.

Я ознакомлен (-а) и согласен (-а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною понятны и добровольно даю свое согласие на проведение медицинской услуги.

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

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

Фамилия, инициалы и подпись пациента: _____

к Договору на оказание
платных медицинских услуг
№ _____ от _____2024

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____

_____

(Ф.И.О.)

В соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", **оказание мне данной платной медицинской услуги и готов (-а) оплатить ее стоимость в соответствии с настоящим договором.**

Я в полной мере проинформирован (а) о целях, методах, возможном риске, вариантах, последствиях, результатах данного медицинского вмешательства.

Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я **добровольно соглашаюсь** на оказание мне медицинской услуги.

Я получил(а) подробные объяснения о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, 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 Заказчика.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу заболевания, осведомлен(а) об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время оказания указанной медицинской услуги**,** включая анестезию и прием лекарственных средств, и понимаю, что существует определенная степень риска возникновения следующих побочных эффектов и осложнений: - _____-_____; - аллергические реакции и др.

Я согласен (-на) 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 медицинская услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ГБУЗ С «Городская больница № 4» не несет ответственности за их возникновение.

Запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением:_____-_____

_____

(указать какие, если имеются исключения)

До меня была доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях введения медицинских препаратов в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена.

Я согласен (а) на применение всех необходимых по моему состоянию здоровья лекарственных препаратов (в т.ч. для анестезии), за исключением:_____-_____

_____

_____

(указать какие, если имеются исключения)

Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы.

Кроме того, я даю разрешение медицинским работникам проводить любые диагностические мероприятия (в том числе рентгенологические исследования), которые они сочтут необходимыми.

В соответствии с Приказом МЗСР РФ от 23.04.2012 г. N 390н я также даю согласие на проведение при необходимости следующих вмешательств:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование. 3. Антропометрические исследования. 4. Термометрия. 5. Тонометрия. 6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций. 7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций. 8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы). 9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические. 10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных). 11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования. 12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожною. 13. Медицинский массаж. 14. Лечебная физкультура.

Я, _

_____

(Ф.И.О.)

в соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в РФ",

получил от врача (ФИО) _____

полную информацию о возможности и порядке получения в учреждении медицинских услуг за счет средств общеобязательного медицинского страхования (ОМС).

От возможности получения бесплатной медицинской помощи отказываюсь добровольно, настаиваю на платном лечении.

Фамилия, инициалы и подпись пациента:

Я ознакомлен (-а) с действующим прейскурантом и согласен (-а) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.

Я ознакомлен (-а) и согласен (-а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною понятны и добровольно даю свое согласие на проведение медицинской услуги.

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

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

Фамилия, инициалы и подпись пациента:_____
Дата: «_____»_____ 2024г.

Акт оказания услуг
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «_____»_____ 2024г.

г. Севастополь «____» _____ 2024г.

В соответствии с вышеуказанным договором Исполнитель оказал, а Заказчик принял и оплатил, согласно чеку, услуги, оказанные Исполнителем.

Настоящий акт свидетельствует о приемке и служит основанием окончания оказания услуг по вышеуказанному договору и является подтверждением того, что Заказчик не имеет претензий к Исполнителю.

Заказчик получил все необходимые медицинские документы, отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг на руки и претензий по исполнению договора а также качеству и количеству оказанных услуг не имеет.

Исполнитель:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Севастополя «Городская больница № 4»

Главный врач _____ Д. Л. Ложкин

Заказчик:

Ф.И.О.:
_____
_____

С условиями договора об оказании платной медицинской помощи согласен, обязуюсь исполнять в полном объеме, также настоящей подписью даю согласие на обработку своих персональных данных

Подпись _____

Акт оказания услуг
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «_____»_____ 2024г.

г. Севастополь «____» _____ 2024г.

В соответствии с вышеуказанным договором Исполнитель оказал, а Заказчик принял и оплатил, согласно чеку, услуги, оказанные Исполнителем.

Настоящий акт свидетельствует о приемке и служит основанием окончания оказания услуг по вышеуказанному договору и является подтверждением того, что Заказчик не имеет претензий к Исполнителю.

Заказчик получил все необходимые медицинские документы, отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг на руки и претензий по исполнению договора а также качеству и количеству оказанных услуг не имеет.

Исполнитель:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Севастополя «Городская больница № 4»

Главный врач _____ Д. Л. Ложкин

Заказчик:

Ф.И.О.:
_____
_____

С условиями договора об оказании платной медицинской помощи согласен, обязуюсь исполнять в полном объеме, также настоящей подписью даю согласие на обработку своих персональных данных

Подпись _____