# Приложение к № 3

# к приказу и.о. главного врача № 269 от 28.08.2023 г.

# Утверждаю:

И.о. главного врача БУЗ УР «Можгинская РБ МЗ УР»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Т.В. Денисова

# Договор на оказание платных медицинских услуг

*Форма договора разработана в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. N 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" (далее: Постановление № 736)*

|  |  |
| --- | --- |
| г. Можга | «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. |

**Бюджетное учреждение здравоохранения Удмуртской Республики «Можгинская районная больница Министерства здравоохранения Удмуртской Республики»** ИНН 1830001644, ОГРН 102180112552, дата регистрации в межрайонной инспекции Федеральной налоговой службы № 7 по Удмуртской Республике – 24 декабря 2004 года, (лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-01129-18/00574351 от 27.12.2019 г., выдана Министерством здравоохранения Удмуртской Республики тел. 8 (3412) 60-23-00, 426008, УР, г. Ижевск, пер. Интернациональный, 15), адрес местонахождения: Удмуртская Республика, город Можга, ул. Сюгаильская, д. 19, место оказания услуг: Удмуртская Республика, город Можга, ул. Сюгаильская, д. 19, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице исполняющего обязанности главного врача Денисовой Татьяны Вениаминовны, действующего на основании Устава и распоряжения МЗ УР № 103-к от 02.03.2022 г. с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

*Прим: Если договор заключает законный представитель, указываются сведения о законном представителе потребителя.*

*Если договор заключает иное лицо от имени потребителя, указываются его ФИО, должность и документ, подтверждающий полномочия указанного лица.*

# 1. Предмет договора

1.1. По настоящему договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия Потребителя (законного представителя потребителя), обязуется оказать ему медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья, а Потребитель (Заказчик) обязуется оплатить данную указанные услуги в порядке и в сроке, которые установлены настоящим Договором.

Сроки оказания медицинской услуги:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.2. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых по настоящему договору, определяется в Счете-заказе, являющемся неотъемлемой частью настоящего договора. Перечень услуг, составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, содержится в лицензии Исполнителя и находится в доступной форме на информационных стендах Исполнителя, а также на официальном сайте Исполнителя.

1.3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

1.4. При необходимости Потребителю могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень и сроки которых согласуются Сторонами в дополнительном Соглашении к настоящему Договору.

1.5. Потребитель подтверждает, что согласен на осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

1.6. Исполнитель после исполнения настоящего договора выдает Потребителю (законному представителю потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, диагнозе, методах лечения, результатов обследования, об используемых при предоставлении платных услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в течение 5 рабочих дней.

1.7. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и действует в течение одного года *(либо до «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года;* в части оплаты - до полного исполнения обязательств.

# 2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Организовать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе положениями об организации оказания медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, организации медицинской реабилитации, проведения диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи.

2.1.2. Оказать Заказчику платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых пациенту платных медицинских услуг, качество которых должно соответствовать требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.

2.1.3. Оказывать медицинские услуги в полном объеме в соответствии с настоящим договором.

2.1.4. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя (Заказчика). При этом требуется оформить дополнительное соглашение к договору либо новый договор, в которых указываются дополнительные услуги и их стоимость, согласно п. 27 постановления Правительства от 11 мая 2023 г. № 736.

2.1.5. Без согласия Потребителя (Заказчика) Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.1.6.Уведомить Потребителя о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным Законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

2.1.7. Обеспечить Потребителя бесплатной, доступной и достоверной информацией об оказываемой медицинской помощи. По требованию Потребителя (Заказчика) предоставить ему в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:

- порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;

- информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

- информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

- другие сведения, относящиеся к предмету настоящего договора.

2.1.8. Исполнитель предоставляет Потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

2.1.9. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления услуг по настоящему договору.

2.1.10. Вести всю необходимую медицинскую документацию в установленном действующим законодательством порядке.

2.1.11. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, а также денежных средств, поступивших от Потребителя.

2.1.12. Немедленно извещать Потребителя (Заказчика) о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора. Дополнительные медицинские услуги при необходимости их оказания предоставляются в случае оказания Потребителю стационарной помощи - на основании дополнительного соглашения к настоящему договору, в иных случаях - на основании отдельно заключаемого договора.

2.2. Исполнитель вправе:

2.2.1. отказаться от исполнения настоящего договора в случае невыполнения Потребителем рекомендаций медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу.

2.2.2. При выявлении противопоказаний к оказываемым услугам отказать Потребителю в проведении лечебно-диагностических процедур.

2.2.3 Получать от Потребителя информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по Договору.

2.2.4. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.

2.3. Потребитель обязуется:

2.3.1. Оплатить стоимость услуг, указанных в [п. 2.1.1](#sub_211) настоящего договора, на условиях, установленных настоящим Договором.

2.3.2. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

2.3.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору.

2.3.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения.

2.4. Потребитель имеет право:

2.4.1. Получать от Исполнителя услуги, предусмотренные настоящим Договором и информацию об исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах.

2.4.2. Получать информацию о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья.

2.4.3. На выбор врача, оказывающего необходимые медицинские услуги.

2.4.4. Отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

2.5. Потребитель и Исполнитель обладают иными правами и несут иные обязанности, предусмотренные законодательством российской Федерации.

# 3. Стоимость медицинских услуг и порядок расчетов

3.1. Стоимость услуг, оказываемых по настоящему договору, определяется на основании счета-заказа (Приложение № 1) по ценам в соответствии с действующим Прейскурантом платных медицинских услуг, утвержденным Исполнителем, в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг и составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей.

3.2. Потребителю (Заказчику) в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).

3.3. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного договора на предоставление дополнительных медицинских услуг согласно [п. 2.1.](#sub_216)3 договора их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного договора.

3.4 Оплата Потребителем стоимости услуг осуществляется путем внесения денежных средств, указанных в п. 3.1. Договора в кассу Исполнителя не позднее дня оказания услуг Исполнителем.

3.5. Потребитель ознакомлен с прейскурантом до подписания настоящего договора.

3.6. По требованию заказчика (потребителя) на предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета, которая, в случае её оформления, становится неотъемлимой частью договора (п. 26 постановления № 736).

3.7. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Потребителя удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Потребителем по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

**4. Условия предоставления платных медицинских услуг.**

4.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления потребителя (законного представителя потребителя) и согласия Потребителя приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Потребителя.

4.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензией на медицинскую деятельность, порядками, стандартами, другими документами в соответствии с действующим законодательством России.

4.3. Потребитель предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию, иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.

4.4. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с законодательством России.

4.5. Потребитель незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

4.6. Исполнителем после исполнения договора выдаются потребителю (законному представителю потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

4.7. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя).

4.8. Потребитель дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Потребителя в объеме и способами, указанными в Федеральном законе от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

# 5. Ответственность сторон

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

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

5.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье в соответствии с [п. 2.3.2](#sub_232) настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных [п. 2.3.4](#sub_234) настоящего договора.

5.4. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

5.5. Потребитель несет ответственность за нарушение условий договора об оплате медицинских услуг.

5.6. В случае несвоевременного оказания услуг по настоящему договору, а также в случае просрочки оплаты за оказанные услуги, виновная сторона уплачивает пени в размере 1/300 ключевой ставки ЦБ от стоимости не исполненного обязательства за каждый день просрочки.

5.7. До подписания договора Исполнитель в письменной форме уведомляет потребителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состояние здоровья Потребителя.

5.8. В случаях, предусмотренных п. 5.5. Договора, Исполнитель вправе приостановить проведение лечебно – диагностических мероприятий, за исключением проведения лечения по жизненным показаниям (экстренной помощи).

5.9. Ни одна из сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких как пожар, наводнение, землетресение, забастовки и другие стихийные бедствия, война, военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

**6. Порядок изменения и расторжения договора**

6.1. Настоящий договор может быть изменен и дополнен по соглашению сторон.

6.2. Настоящий договор может быть расторгнут по соглашению сторон, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

6.3. все изменения и дополнения к настоящему договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, что они заключены в письменной форме.

6.4. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

**7. Порядок разрешения споров.**

7.1. Стороны обязуются все возникающие разногласия решать путем переговоров.

7.2. При неурегулировании Сторонами возникших разногласий спор разрешается в судебном порядке.

7.3. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством.

# 8. Конфиденциальность

8.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

8.2. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

# 9. Заключительные положения

9.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его заключения и действует до полного исполнения объема стандарта на услуги, указанные в счет-заказе.

9.2. Настоящий договор составлен в двух (для исполнителя и потребителя) *либо трёх (для исполнителя, заказчика и потребителя) аутентичных экземплярах, по одному для каждой из Сторон* – согласно п. 25 Постановления № 736. Это положение не касается случаев заключения договоров дистанционным способом.

9.3. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

# 10. Реквизиты и подписи сторон

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель**БУЗ УР «Можгинская РБ МЗ УР**» 427790, УР, г. Можга, ул. Сюгаильская, д.19ИНН 1830001644 КПП 183901001ОГРН 1021801125521 выд. МежрайоннойИФНС № 7 по УРБанк получателя: ОТДЕЛЕНИЕ-НБ УДМУРТСКАЯ РЕСПУБЛИКА БАНКА России//УФК по Удмуртской Республике г.ИжевскПолучатель: **Минфин Удмуртии  (БУЗ УР «Можгинская РБ МЗ УР»)  л/с 20855723300)**Сч. **03224643940000001300** ЕКС **40102810545370000081**БИК **019401100****И.о. главного врача**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Т.В. ДенисоваМ. П. | ЗаказчикФ.И.О.Адрес регистрации:Адрес, на которые Исполнитель может направлять письменные обращения:Тел.Паспортные данные:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |

Приложение № 1

к договору на предоставление

платных медицинских услуг

Счет-заказ на оказанные услуги №

ФИО пациента

дата

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование услуги | Стоимость  | исполнитель |
| 1.
2.
 |  |  |
|  | Общая сумма |  |

Всего на сумму

Итого (сумма указывается числом и прописью)

В том числе НДС

Оплатил \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО)

Получил \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО)

Приложение № 2

к договору на предоставление

платных медицинских услуг

 **БУЗ УР «Можгинская РБ МЗ УР**»

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА**

**НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(Ф.И.О.)*

в соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», **даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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 медицинское вмешательство.

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***,*** включая анестезию и прием лекарственных средств, и понимаю, что существует определенная степень риска возникновения следующих побочных эффектов и осложнений:

- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

- аллергические реакции и др.

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 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Фамилия и подпись медицинского работника:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата: «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2017 г.

Примечание.

В соответствии со ст. 20. Федерального закона № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство подписывает законный представитель в отношении ребенка до 15-летнего возраста (в общей практике, т.е. за исключением наркологии, ВИЧ-инфекции и трансплантологии), а также в отношении недееспособного лица, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство.

Приложение № 3

к договору на предоставление

платных медицинских услуг

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

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

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

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

ЗАЯВЛЕНИЕ

об оказании платных медицинских услуг

Прошу оказать мне платные медицинские услуги. Настоящим подтверждаю, что я проинформирован (а) медицинским работником БУЗ УР «Можгинская РБ МЗ УР»

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

О возможности получения мною на безвозмездной основе медицинской услуги\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на территории УР.

Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись медицинского работника\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кроме того, я проинформирован (а) медицинским работником БУЗ УР «Можгинская РБ МЗ УР» о возможности получения мной платной услугами \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 года вне порядка и условий, установленных Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам медицинской помощи на территории УР.

Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись медицинского работника\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сравнив возможности получения медицинских услуг на безвозмездной основе и платной основе, я добровольно и сознательно выбираю указанные выше платные медицинские услуги.

Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_