Утвержден приказом

 ГБУЗ РХ «Республиканский

клинический наркологический

 диспансер»

 № 78 от 25.05.2016 г.

 **Договор об оказании платных медицинских услуг № \_\_\_\_**

г. Абакан «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г.

 **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Хакасия «Республиканский клинический наркологический диспансер» (***далее ГБУЗ РХ «РКНД»), Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-19-01-000808 от «22» мая 2015 г., выдана Министерством здравоохранения Республики Хакасия,* именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице главного врача**Кокориной Ольги Владимировны***,* действующего на основании Устава, с одной стороны, и физическое лицо - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ действуя как законный представитель в интересах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО, дата рождения лица, не достигшего возраста 15 лет или недееспособного гражданина, основания представительства), именуемый в дальнейшем «**Заказчик**» с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. **Исполнитель** обязуется оказать платную медицинскую услугу **Заказчику**, а **Заказчик** добровольно берет на себя обязательства оплатить **Исполнителю** затраты, связанные с оказанием медицинской услуги.

1.2. Срок оказания медицинской услуги\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1.3. Наименование медицинской услуги (в соответствии с перечнем платных медицинских услуг ГБУЗ РХ «РКНД»)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1.4. Цена услуги устанавливается согласно прейскуранта, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_рублей. Оплата медицинской услуги производится наличными денежными средствами в кассу ГБУЗ РХ «РКНД».

**2. Права и обязанности сторон**

1. Исполнитель обязуется:
2. Оказать **Заказчику** квалифицированную медицинскую услугу в установленный договором срок.
3. Предоставить **Заказчику** доступную, достоверную информацию о предоставляемой медицинской услуге (информационный стенд учреждения, сайт учреждения - narkolog.mz19.ru/org/, портал здравоохранения Республики Хакасия - [mz19.ru](http://yandex.ru/clck/jsredir?from=yandex.ru%3Bsearch%2F%3Bweb%3B%3B&text=&etext=1065.o_rytDHWqgxRbi_9DZXqKT-RxMCq__bybfdHy6EQP_3klscDCEmFx8y3UHoIKZfWT1s54I0eUSom92fj1rr6DSBiqFJj-Frm587bkk8X6w6VjOn-rxDX-4-s4wm_P__l-IVZfzsY8eSqTDEYI9FkIw.1f683f9b9052c97243328a83069092f01f4316d6&uuid=&state=PEtFfuTeVD4jaxywoSUvtB2i7c0_vxGdKJBUN48dhRaQEew_4vPgtaHQTbCUXI3yXF7gMIt8Es9RFLtOmtvshg&data=UlNrNmk5WktYejR0eWJFYk1LdmtxdW1mZlJkYk9Td2FTVDU0VUZLUVNIZ3c5d3pCcGFuM1NKdFp5MnB2cEpMeU8xRlI0anlDTXlJUTBxM0F2aGJ4emNvM2ttM0VEZDF5&b64e=2&sign=14a7102ab958a80eb76f41baf8e7da5b&keyno=0&cst=AiuY0DBWFJ5Hyx_fyvalFLXd7SsCxIQS7w0ohutjghmAhED5hSw9KO6pt1pR2T0Lq-sv8cFcmtvu3i1XQLaZ39qjGT7YdXpqhPZY2vNmsqES1vxC46lq4Fvscu7LccalgNedmozyw8nQ_HYaj0rSkpTYdC0veLfQAcVUxZF1Q9PVQ-YHNZYUmawcUOvq1n7PCMX6tRB_GYuVpRsOcQq7LlTvcMK0Ir8G0jutLtB0tVUIew4IWLH85_UNUM_yNW2DoFVr3LUWXKkSaJLI-s_7JI1zzVQ1ReoxEzZ3IaERR2tYhyzfgCmL6Za80gWNlGquFj0A7YmuqNSaG19FbdFo4i7yD0L3zcK75UVnE28GqpytIdgyeyvBANPg0HKzJ9OY5_xy4VFo_52EU2qJK0BwvXPVUwngqB_SjkpsLlgwx72xWgi3jf4AwkHjKlNtm0eFvGXR-eWU1DGzqqkfdxKJbsUZwDdgfi96E9Ic_pBsjdaNUKEZYKo1gA&ref=orjY4mGPRjk5boDnW0uvlrrd71vZw9kpXTjERvnjSuMeAYaGVdwno3X-rs761Y73pjJdkMSVgd5LlEU-YbZQ5rd-j1b_BEl--509ibTSDkl5IofDvIYaHlcmkS1c4lYm6g9h934W0qYgWOq81ll6-SAm2qF37ewwC1rUJWk9EgXZuo1C-5gTR9Fasj0hCJOwuSy8srC6EvRiqKL-ziD-qyyr7gn5HpL4gLZHTDv28Kw55CRo-rFX8-JB-MZVYeiW5CEur4JdM4uOuLboKu59Dn_kj_HHWs4jikglO5rPKKl9qolwtYyYiEzqQeG0_Q4dQ2qGsdqIV-D_25TSjWpekNQj0_KI8p_Dw46UXcYQe2HrcwktneMXe0VfxoMwtfJLti0g0fAhZEou21CM00hNrWUCkMlv9ruQ&l10n=ru&cts=1464161935623&mc=3.2776134368191165)).
4. После оказания медицинской услуги, выдать **Заказчику** на руки медицинский документ предусмотренный законодательством.
5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, исполнитель обязан предупредить об этом Заказчика.
6. Без согласия Заказчика Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе. В случае отказа **Заказчика**, договор подлежит расторжению с выдачей результата оказанных услуг в соответствии с проведенным объемом услуг.
7. Исполнитель имеет право:
8. В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций необходимых для установления диагноза.
9. В случае несвоевременной оплаты оказанных **Заказчику** услуг, **Исполнитель** имеет право отказаться от исполнения настоящего договора и расторгнуть договор досрочно в одностороннем порядке, уведомив об этом Заказчика.
10. Заказчик обязуется:
11. Ознакомиться с Правилами предоставления медицинских и иных платных услуг в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Республики Хакасия «Республиканский клинический наркологический диспансер».
12. В течение действия настоящего договора явиться для оказания услуги в соответствующее подразделение ГБУЗ РХ «РКНД»
13. В случае, если **Заказчик** является иногородним (зарегистрировано по месту жительства вне пределов Республики Хакасия), он должен при необходимости, по требованию Исполнителя предоставить справку от психиатра-нарколога по месту регистрации об отсутствии на данное лицо данных учета, либо предоставить согласие данного лица на оформление запроса и предоставление информации о данных учета по месту его регистрации. В этом случае **Исполнитель** оставляет за собой право увеличить сроки исполнения по данному договору до момента получения ответа на запрос.
14. Информировать специалистов учреждения, выполняющих услугу, до оказания медицинской услуги, о перенесенных заболеваниях, принимаемых лекарственных препаратах, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях по состоянию здоровья.
15. Выполнять требования и рекомендации специалиста учреждения, оказывающего платную медицинскую услугу.
16. Немедленно извещать специалиста учреждения, выполняющего услугу, об изменениях в состоянии здоровья в процессе оказания услуги.
17. Своевременно оплатить стоимость предоставленной медицинской услуги по действующему прейскуранту цен на момент оказания медицинской услуги.

2.4. Заказчик имеет право:

1. На предоставление информации о порядке и условиях предоставления услуг, о результатах полученных услуг.
2. Знакомиться с лицензией «**Исполнителя**» на право осуществления определенных видов медицинской деятельности, с документами, подтверждающими квалификацию медицинского работника, осуществляющего вышеуказанные услуги.
3. Отказаться от получения медицинской услуги (в письменной форме до момента начала её оказания) и оформить возврат потраченных денежных средств.

2.5. До заключения договора Заказчик уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок и/или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

**3. Порядок расчетов**

 3.1. Оплата Услуг осуществляется **Заказчиком** в порядке 100 % предоплаты до получения Услуги путем внесения наличных денежных средств в кассу **Исполнителя** или по безналичному расчету, путем перечисления денежных средств на расчетный счет **Исполнителя**.

**4.Ответственность сторон**

4.1. В случае причинения вреда здоровью или жизни **Заказчика** по вине **Исполнителя**, последний несет ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.2. **Исполнитель** освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей или по договору, если докажет что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения **Заказчиком** своих обязанностей или по другим основаниям, предусмотренным законодательством.

4.3. **Заказчик** несёт ответственность за достоверность предоставляемой информации, четкое выполнение рекомендаций врача, (среднего медицинского работника), выполняющего платную медицинскую услугу, а также своевременную оплату медицинской услуги.

4.4.За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.5. Все споры и разногласия, которые могут возникнуть в связи с настоящим договором, будут разрешаться путем переговоров. В случае если споры и разногласия не будут урегулированы путем переговоров между сторонами, они подлежат разрешению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством РФ.

**5. Срок действия договора и порядок его расторжения**

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и действует до полного выполнения сторонами принятых на себя обязательств.

**6. Заключительные положения**

6.1. Договор составлен и подписан в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

6.2. Условия, не указанные в настоящем договоре, но предусмотренные действующим законодательством могут быть прописаны Заказчиком в договоре собственноручно.

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**7. Юридические адреса, реквизиты и подписи сторон**

 **«ИСПОЛНИТЕЛЬ» «ЗАКАЗЧИК»**

|  |  |
| --- | --- |
| **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Хакасия «Республиканский клинический наркологический диспансер» (ГБУЗ РХ «РКНД»)**Юридический/ Почтовый адрес: 655001, Республика Хакасия, г. Абакан, ул. Колхозная, дом №56 тел./факс(3902) 34-82-19(приёмная), E-mail: Rnd4@yandex.ruОГРН 1021900535733 (Межрайонная ИФНС №1 по РХ)ГРКЦ НБ Республики Хакасия Банка России, г. АбаканИНН 1901015452; КПП 190101001 УФК по Республике Хакасия (ГБУЗ РХ «Республиканский клинический наркологический диспансер) л/с 20806U59350р/с 40601810500951000001БИК 049514001 КБК 00000000000000000130 (055.004) |  |
| ПредставительГБУЗ РХ «РКНД» по доверенности №\_\_\_ от «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ должность подпись ФИО |   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ (ФИО) |
|  |  |

 **Приложение № 1**

 к договору № \_\_\_ от «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

**Информированное добровольное согласие на оказание медицинских услуг на платной основе**

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

*(Ф.И.О. пациента, либо законного представителя пациента)*

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения, проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(место регистрации пациента либо законного представителя пациента)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_даю информированное добровольное согласие на оказание медицинских услуг в ГБУЗ РХ «Республиканский клинический наркологический диспансер» на платной основе а) мне; б) пациенту, чьим представителем я являюсь \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (*нужное подчеркнуть*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Ф.И.О. пациента, от имени которого выступает законный представитель, основания представительства)*

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения, проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(место регистрации пациента от имени которого выступает законный представитель)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1.  Я, получив от сотрудников ГБУЗ РХ «Республиканский клинический наркологический диспансер» полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг, в рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания населению Республики Хакасия бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание платных медицинских услуг и готов их оплатить.

2.  Я ознакомлен с действующим Прейскурантом и согласен оплатить стоимость оказанных медицинских услуг в соответствии с ним.

3. Мне разъяснено, что можно получить как один из видов платных медицинских услуг, так и нескольких видов услуг.

4. Я ознакомлен с распорядком и правилами режима, установленного в медицинском учреждении, и обязуюсь их соблюдать.

5.  Я проинформирован(а), что платные медицинские услуги не гарантируют внеочередного получения услуги.

6.  В доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской услуги, связанных с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о их последствиях, об использовании лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, сроках их годности, показаниях и противопоказаниях к их применению, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской услуги.

7. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения должен исполнять все назначения, рекомендации специалистов ГБУЗ РХ «РКНД».

8. Я ознакомлен и согласен с тем, что оказание 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, ГБУЗ РХ «Республиканский клинический наркологический диспансер» не несет ответственности за их возникновение.

9.  Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания следующим лицам \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Настоящее информированное согласие прочитано и подписано мною после проведения предварительной беседы.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(подпись пациента, законного представителя)*

*(Ф. И.О. пациента или законного представителя пациента*)

 «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(подпись мед. работника) (Ф. И.О. мед. работника)*

 **Приложение № 2**

 к договору № \_\_\_ от «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

**Информированное добровольное согласие на медицинское**

**вмешательство для получения первичной медико-санитарной и специализированной помощи**

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО (полностью) гражданина, одного из родителей, законного представителя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Даю добровольное информированное согласие на медицинские вмешательства, включенные в перечень, устанавливаемый Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, при оказании мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть)

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

ФИО ребенка, лица, от имени которого выступает законный представитель, основания представительства

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения, проживающего по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 адрес ребенка, лица, от имени которого выступает законный представитель

поставлен (поставлена) в известность, что я (представляемый) обратился(лась) в ГБУЗ РХ «РКНД»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать название или профиль отделения)

- Мне согласно моей воли даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого);

- Я ознакомлен (а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в ГБУЗ РХ «РКНД», и обязуюсь их соблюдать;

- Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований, предусмотренных стандартами специализированной медицинской помощи по профилю «наркология», и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических и лечебных процедур, физиотерапевтических и лабораторных процедур, психологических и психотерапевтических процедур;

- Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения должен(на) исполнять все назначения, рекомендации специалистов ГБУЗ РХ «РКНД»;

- Я извещен(а) о том, что мне (представляемому) необходимо соблюдать план лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не назначенных лекарств;

- Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение, употребление психо-активных веществ могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических реакциях и(или) индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы,

воздействующих на меня (представляемого) до настоящего времени, о принимаемых лекарственных средствах.

- Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, и иных потенциально опасных средств;

- Я \_\_\_\_согласен(на) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;

- Я ознакомлен (а) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и я добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

-Я информирован о том, что в ГБУЗ РХ «РКНД» ведется аудио и видео запись;

- Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

- Разрешаю посещение в лечебном учреждении представляемого ребенка или лица, признанного недееспособным, следующим гражданам:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Я подтверждаю, что предоставленная мною специалистам ГБУЗ РХ «РКНД» информация является достоверной.

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Подпись пациента/законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 (Должность, И.О. Фамилия)

 **Приложение № 3**

 к договору № \_\_\_ от «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

**Согласие на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавшийся (аяся) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

паспорт: серия\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" подтверждаю свое согласие на обработку специалистами **ГБУЗ РХ «РКНД»** (далее - Оператор) моих персональных данных, персональных данных представляемого мной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.,основания представительства),

включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ДМС, место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны. В процессе оказания Оператором мне (представляемому мной лицу) медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные (персональные данные представляемого мной лица), в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования, лечения и внутреннего учета Оператора.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (в страховую медицинскую организацию, организацию – заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров), обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Данное согласие действует до даты письменного отзыва.

Дата «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 ФИО подпись