

ДОГОВОР №_____
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ И ИНЫХ УСЛУГ

г. Москва

«_____» _____ 20 г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Поликлиника № 3» Управления делами Президента Российской Федерации в лице _____, действующего(-ей) на основании _____, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и _____, далее именуемый(-ая, -ые) «Потребитель(-и)», с другой стороны, при совместном упоминании именуемые «Стороны», заключили настоящий договор (далее – «Договор») о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Предметом Договора является оказание Потребителю(-ям) медицинских и иных услуг за плату в пределах видов и объема медицинских и иных услуг, указанных в Приложении № 1, в течение срока действия Договора.

1.2. Виды и объем предоставляемых платных медицинских иных услуг определяются Потребителем(-ями) и Исполнителем по взаимному согласию.

1.3. Виды и объем платных медицинских и иных услуг считаются согласованными Сторонами в момент их оплаты Потребителем(-ями).

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1 Исполнитель обязан:

2.1.1. Оказывать с согласия Потребителя(-ей) указанные в Приложении № 1 к Договору платные медицинские и иные услуги в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и условиями Договора на основании действующей(-их) лицензии(-ий) (Приложение № 6).

2.1.2. Предоставлять по желанию Потребителя(-ей) информацию о методах рекомендуемого лечения и о возможных осложнениях, включая технологические особенности манипуляции, процедуры, вмешательства.

2.1.3. Соблюдать врачебную тайну, обеспечивать защиту прав Потребителя(-ей) при обработке его/их персональных данных и не предоставлять его/их персональные данные третьим лицам (кроме случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации). С согласия и на основании заявления Потребителя(-ей) или его/их законного(-ых) представителя(-ей) допускается передача сведений, относящихся к персональным данным, третьим лицам в интересах обследования и лечения Потребителя(-ей) (Приложение № 2).

2.1.4. Вести учет оказанных Потребителю(-ям) платных медицинских и иных услуг.

2.1.4. Вести учет оказанных Потребителю(ям) платных медицинских и иных услуг.

2.1.5. Оформлять Потребителю

2.2. Исполнитель имеет право:
2.2.1. Требовать от Потребителя(-ей) предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему/им платных медицинских и иных услуг

2.2.2. Привлекать, при необходимости, третьих лиц, имеющих необходимые разрешения, для оказания Потребителю(-ям) отдельных видов платных медицинских и иных услуг, предусмотренных Договором.

2.2.3. В случае возможной угрозы жизни и/или здоровью Потребителя(-ей) самостоятельно определять объем платных медицинских и иных услуг. Отказ Потребителя(-ей) от получения рекомендованной медицинской помощи с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается Потребителем(-ями) либо его/их законным(-ыми) представителем(-ями), а также медицинским работником Исполнителя.

2.2.4. При выявлении у Потребителя(-ей) противопоказаний к проведению лечебно-диагностических мероприятий отказать ему/им в их проведении и возвратить Потребителю(-ям) денежные средства, уплаченные им для получения платных медицинских и иных услуг.

2.2.5. Отказать в оказании платных медицинских иных услуг (Приложение № 1) Потребителю(-ям), находящемуся(-имся) в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

2.3. Потребитель(-ли) обязан(-ы):

2.3.1 Своевременно и в полном объеме в соответствии с условиями Договора вносить плату за оказываемые медицинские и иные услуги.

2.3.1. Своевременно и в полном объеме в соответствии с условиями Договора вносить плату за оказываемые медицинские и иные услуги.
2.3.2. Соблюдать условия Договора, Правил внутреннего распорядка для пациентов федерального государственного бюджетного учреждения «Поликлиника № 3» Управления делами Президента Российской Федерации, размещенных на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет: [http://pudr.ru/files/47655%D0%9F%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%B8%D0%BB%D0%B0%20%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%9F%D0%BD%D0%BA%D0%90%D0%9B.pdf](http://pudr.ru/files/47655%D0%9F%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%B8%D0%BB%D0%B0%20%D0%BD%D1%83%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%9F%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%9F%D0%BD%D0%BA%D0%90%D0%9B.pdf)

Бережно относиться к имуществу Исполнителя.

2.3.3. Сообщать все сведения, необходимые для оказания платных медицинских и иных услуг, в том числе о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях и т.п. По требованию Исполнителя предоставить ему медицинскую документацию, выписку(-ки) из амбулаторной(-ых) карты/карт из медицинской(-их) организации(-й), к которой(-ым) Потребитель(-ли) прикреплен(-ы) для получения медицинской помощи, справку(-ки) из специализированного(-ых) диспансера(-ов).

2.3.4. Добросовестно выполнять указания (рекомендации) медицинских работников Исполнителя, которые даются Потребителю(-ям) в ходе оказания платных медицинских и иных услуг. За последствия невыполнения Потребителем(-ями) полученных указаний (рекомендаций) Исполнитель несет ответственности несет и имеет право отказать в дальнейшем оказании платных медицинских и иных услуг в соответствии с Уведомлением(-ями) (Приложение № 4).

2.3.5. Информировать Исполнителя об изменениях адреса места жительства (места пребывания), номера телефона, паспортных данных и т.д. в течение 7 (Семи) календарных дней после получения информации об изменениях.

2.4. Потребитель(-ли) имеет(-ют) право:

2.4.1. Потребитель (лицо), имеющее право:

2.4.1. Получать имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания его/их диагнозе(-ах) и прогнозе, в методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

2.4.2. По письменному запросу проводить выверку взаиморасчетов с Исполнителем.

2.4.3. Растворгнуть Договор в любое время при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору (п. 5.2).

3. ТАРИФЫ НА УСЛУГИ. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ.

3.1. Стоимость медицинских и иных услуг, оказываемых Потребителю(-ям) по Договору, определяется тарифами на платные медицинские и иные услуги, действующими на момент оказания услуги. При производстве расчетов с использованием банковской карты действующие тарифы на оказанные медицинские услуги увеличиваются на 1,55 %.

3.2. Тарифы на платные медицинские и иные услуги устанавливаются Исполнителем, размещаются на информационном стенде в кабинете платных медицинских услуг, на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет (прейскурант) <http://pudpru/files/8948/%D0%9F%D1%80%D0%B5%D0%B9%D1%81%D0%BA%D1%83%D1%80%D0%B0%D0%BD%D1%82%2001.08.18.pdf> и могут изменяться Исполнителем в течение срока действия Договора в одностороннем порядке.

3.3. Потребителю(-ям) могут быть предоставлены скидки от действующих тарифов на платные медицинские и иные услуги. Условия и порядок предоставления скидок устанавливаются приказом Исполнителя, который размещается на информационном стенде в кабинете платных медицинских услуг.

3.4. Оплата платных медицинских услуг производится Потребителем(-ями) до их оказания (предоплата) путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или в безналичном порядке банковской картой на расчетный счет Исполнителя.

3.4.1. Оплата платных иных услуг (немедицинских) производится Потребителем(-ями) отдельным платежом путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя в день оказания этих услуг.

3.5. Услуги, которые оказываются Потребителю(-ям) Исполнителем в дневном стационаре, оплачиваются в день госпитализации (или накануне) путем внесения аванса, размер которого определяется индивидуально в каждом конкретном случае с учетом планируемого лечения.

3.6. Потребитель(-ли) внесением наличных денежных средств в кассу Исполнителя или в безналичном порядке банковской картой производит(-ят) авансовый платеж в размере не менее 5000 (Пять тысяч) рублей. Если сумма внесенного аванса израсходована, Потребитель(-ли) производит доплату в соответствии с фактической стоимостью оказываемых платных медицинских и иных услуг и вносит(-ят) новый авансовый платеж в размере от 5000 (Пять тысяч) рублей в день оказания услуг. В случае, если сумма авансового платежа по окончании действия Договора превысит стоимость фактически оказанных Исполнителем платных медицинских и иных услуг, Исполнитель обязан возвратить Потребителю(-ям) через кассу остаток аванса по соответствующему письменному заявлению Потребителя(-ей) и оформленному акту о возврате.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.2. Исполнитель не отвечает за осложнения, возникшие у Потребителя(-ей) вследствие невыполнения им/ими указаний (рекомендаций) медицинских работников Исполнителя, которые должны обеспечить успешную реабилитацию после оказания медицинских и иных услуг.

4.3. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по Договору, если это неисполнение явилось следствием действия обстоятельств непреодолимой силы (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, запретительные меры органов государственной власти и т.д.).

4.4. За просрочку Потребителем(-ями) оплаты медицинских и иных услуг (п.п. 3.5, 3.6), Исполнитель, после письменного предъявления претензии, имеет право взыскать пени в размере 0,1 % от суммы просроченного платежа за каждый день просрочки.

4.5. При несоблюдении Потребителем(-ями) Правил и условий медицинского поликлинического обслуживания ФГБУ «Поликлиника № 3» (Приложение № 5), Правил внутреннего распорядка федерального государственного бюджетного учреждения «Поликлиника № 3» Управления делами Президента Российской Федерации, а также совершении действий, причинивших ущерб Исполнителю или иным лицам, находящимся на территории Исполнителя, Исполнитель имеет право в одностороннем порядке прекратить Договор без права заключения Потребителем(-ями) нового договора на оказание платных медицинских и иных услуг и потребовать от Потребителя(-ей) возмещения причиненного ущерба.

4.6. В случае возникновения конфликтных ситуаций Стороны принимают все меры по их урегулированию путем переговоров с привлечением, при необходимости, независимых экспертов. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров он подлежит разрешению в соответствии с законодательством Российской Федерации. До предъявления иска в суд обязательно соблюдение претензионного порядка урегулирования споров, при этом срок рассмотрения претензии получившей ее стороной составляет 10 (Десять) рабочих дней.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

5.1. Срок действия Договора с «___» 20__ г. по «___» 20__ г.

5.2. Договор может быть расторгнут по желанию любой из Сторон путем письменного уведомления другой стороны о расторжении в срок не менее чем за 1 (Один) календарный месяц до предполагаемой даты расторжения.

5.3. Все изменения и дополнения к Договору действительны и являются неотъемлемой частью Договора только при условии, что они совершены в письменной форме и подписаны Сторонами.

5.4. Договор составлен в 2 (Двух) подлинных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

6. ПРИЛОЖЕНИЯ

6.1. Приложение № 1 – Виды медицинских и иных услуг;

6.2. Приложение № 2 - Заявление субъекта персональных данных о согласии на обработку его персональных данных;

6.3. Приложение № 3 - Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств.;

6.4. Приложение № 4 – Уведомление;

6.5. Приложение № 5 – Правила и условия медицинского поликлинического обслуживания ФГБУ «Поликлиника № 3»;

6.6. Приложение № 6 – Копия лицензии Исполнителя на осуществление медицинской деятельности;

6. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ФГБУ «Поликлиника № 3»;

Адрес: 129090, г. Москва, Грохольский пер., д. 31

Справки по телефонам: (495) 680-99-44, (495) 680-90-79, (495) 982-10-84, 982-10-00

Адрес сайта: <http://www.pudp.ru/>

Телефоны: (495) 982-10-19, (495) 680-97-65, (495) 680-73-65

ОГРН 1027700358707; ИНН/КПП 7708021233/770801001;

УФК по г. Москве (ФГБУ «Поликлиника № 3») л/с 20736Х43460),

ГУ Банка России по ЦФО, р/с 40501810845252000079,

БИК 044525000, КБК 00000000000000000130;

ОКАТО 45286565000; ОКТМО 45378000

(наименование должности)

(подпись)

(Ф.И.О.)

М.П.

Медрегистратор / / (Ф.И.О.)

ПОТРЕБИТЕЛЬ(-И):

Фамилия, Имя, Отчество _____

Паспорт серия № _____ выдан _____

Зарегистрирован по адресу: _____

Фактический адрес: _____

Контакты (телефоны, e-mail): _____

Место работы: _____

Должность _____ / _____ / _____ (Ф.И.О.)

(подпись)

Фамилия, Имя, Отчество _____

Паспорт серия № _____ выдан _____

Зарегистрирован по адресу: _____

Фактический адрес: _____

Контакты (телефоны, e-mail): _____

Место работы: _____

Должность _____ / _____ / _____ (Ф.И.О.)

(подпись)

Приложение № 1
к Договору № _____
на оказание платных медицинских
и иных услуг
от « ____ » 20 __ г.

Поликлиникой оказываются следующие виды медицинских и иных услуг:

**Амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь по соответствующим медицинским специальностям в соответствии с
Номенклатурой медицинских услуг, утв. приказом Минздрава № 804н от 13.10.2017:**

047 – терапия;	023 – неврология;
015 – кардиология...;	035 – психиатрия...;
040 – ревматология;	034 - психотерапия;
037 – пульмонология;	036 – психиатрия- наркология;
004 – гастроэнтерология;	065 - стоматология терапевтическая и стоматология общей практики;
058 – эндокринология;	066 – стоматология ортопедическая;
025 – нефрология;	067 – стоматология хирургическая;
005 – гематология;	063 – ортодонтия;
002 – аллергология и иммунология;	013 – диетология;
014 – инфекционные болезни;	041 – рефлексотерапия;
055 – фтизиатрия;	054 – физиотерапия;
028 – оториноларингология;	020 – лечебная физкультура...;
046 – сурдология-оториноларингология;	022 – мануальная терапия;
001 – акушерство и гинекология;	056 – функциональная диагностика;
057 – хирургия...;	040 – ревматология;
050 – травматология и ортопедия;	070 – прочие (гомеопатия, сурдология и слухопротезирование, логопедия, медицинская психология, парадонтология, вертебропатология, биорезонансная диагностика, гирудотерапия, реабилитология, вспомогательные репродуктивные технологии, криоконсервация (замораживание и/или хранение) половых клеток/эмбрионов и др.)
018 – колопроктология;	
053 – урология...;	
027 – онкология;	
029 – офтальмология;	
008 – дерматовенерология и косметология;	

Лабораторная диагностика:

Инструментальная диагностика (функциональная, ультразвуковая, рентгенологическая, эндоскопическая);

Диагностические исследования (компьютерная и магнитно-резонансная томография; компьютерная маммография; радиоизотопная диагностика с позитронно-эмиссионной томографией, нейрофизиология и др.).

Услуги дневного стационара (офтальмологические, урологические, гинекологические, хирургические, дерматологические):

- Проведение оперативного лечения с использованием малоинвазивных методов (лазерная хирургия, электрохирургия, эндоскопическая хирургия, микрохирургия);
- Проведение операций под местным или общим обезболиванием (местная анестезия, наркоз);
- Активная инфузионная терапия для коррекции патологических состояний (сосудистые заболевания вен и артерий, обменные заболевания, офтальмологическая и дерматологическая патология);
- Мониторное наблюдение за больным в процессе оперативного лечения и в послеоперационных палатах.

Диспансеризация и профилактическая вакцинация.

Физиотерапевтические (ингаляторий, электросветолечение, рефлексотерапия, иглорефлексотерапия)

Профилактика (массаж, лечебная физкультура)

Выдача листков временной нетрудоспособности.

Оформление справок (для получения права допуска к управлению транспортным средством, на владение оружием, для выезда за границу, для посещения бассейна, для поступления в учебное заведение, для проведения освидетельствования на профпригодность, усыновление (удочерение) и др.).

Иные медицинские и иные (немедицинские) услуги.

Услуги отделения медицинской реабилитации:

1. Психосоматическая оздоровительная программа реабилитации;
2. Медицинская реабилитационная программа "Оздоровление мужчины";
3. Медицинская реабилитационная программа "Оздоровление женщины";
4. Медицинская реабилитационная программа "Избыточный вес";
5. Медицинская реабилитационная программа "Оздоровление позвоночника";
6. Медицинская реабилитационная программа "Оздоровление суставов";
7. Программа реабилитации женщин в послеродовой период;
8. Программа реабилитации беременных 1 триместр;
9. Программа реабилитации беременных 2 триместр;
10. Программа реабилитации беременных 3 триместр.

Все программы составлены врачами отделения реабилитации с учетом оптимального сочетания процедур для достижения максимального эффекта в короткий срок. Срок действия каждой программы 2 (Два) календарных месяца.

11. Оздоровительная программа
ЛФК в бассейне групповое

ЛФК в зале групповое

Занятия на реабилитационных тренажерах

В течение всего срока действия программы (договора) доступно всего 12 посещений в месяц.

Процедуры, не вошедшие в перечень программы или назначенные в большем количестве, при согласии пациента, отпускаются и проводятся с оплатой согласно прейскуранту.

Замена услуг (процедур), включенных в стоимость программы реабилитации осуществляется только при наличии противопоказания у Клиента проведению данной услуги и письменного согласования с заведующим отделения реабилитации. Замена услуги может быть произведена на равнозначную по стоимости (одну услугу или несколько услуг).

Посещение всех процедур осуществляется строго по предварительной записи. В случае пропуска процедуры без предварительного уведомления до 20.00 предыдущего дня, услуга считается оказанной.

Дни приема:

с 08.00 до 20.00 (в будние дни),

с 08.00 до 14.00 (в субботу в период с 30 апреля по 30 сентября)

с 08.00 до 15.00 (в субботу в период с 01 октября по 29 апреля)

Воскресенье – выходной.

Телефон кабинета платных услуг: (495) 982-10-60

Приложение № 2
к Договору № _____
на оказание платных медицинских
и иных услуг
от «___» 20__ г.

Конфиденциально по заполнению
Экз. единственный

Главному врачу
ФГБУ «Поликлиника № 3»
Шараповой Е.И.

Заявление
субъекта персональных данных о согласии на обработку его персональных данных

(форма введена в действие «Положением о защите персональных данных» от 15.05.2012, номенклатурный № 26.48.01-22/01)

Я, _____, зарегистрированный(-ая) по адресу _____
(фамилия, имя, отчество полностью) _____
(адрес места жительства)
и места пребывания _____
(вид основного документа, удостоверяющего личность, серия, номер, кем выдан, дата выдачи)

в соответствии с требованиями статей 6 и 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в целях обеспечения квалифицированного медицинского обслуживания, даю согласие Оператору - федеральному государственному бюджетному учреждению «Поликлиника № 3» Управления делами Президента Российской Федерации, расположенному по адресу: город Москва, Грохольский переулок, дом 31 на получение и обработку моих персональных данных, а именно:

- 1) фамилия; имя; отчество;
- 2) пол;
- 3) дата рождения;
- 9) адрес места жительства и места пребывания;
- 10) домашний телефон;
- 11) мобильный телефон;
- 21) данные полиса обязательного и/или добровольного медицинского страхования (ОМС/ДМС);
- 24) данные о состоянии моего здоровья: о заболеваниях, о случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, о назначении лечения, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну;
- 33) биометрические данные (фотография);

Примечание: нумерация видов персональных данных приведена в соответствии с «Перечнем персональных данных субъектов, подлежащих защите в информационной системе персональных данных ФГБУ «Поликлиника № 3», утвержденным приказом Главного врача ФГБУ «Поликлиника № 3» от 19.07.2012 № 185.

представляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные, в том числе биометрические данные, посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации.

Я обязуюсь предоставлять персональные данные, соответствующие действительности, а в случае их изменения своевременно (в течение трех рабочих дней) направлять их Оператору для коррекции.

Оператор имеет право на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией, фондом обязательного медицинского страхования, фондом социального страхования с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляются лицом, обязанным сохранять конфиденциальность информации.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

При оказании мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам Оператора передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим медицинским работникам и должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Я оставляю за собой право отзывать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мною в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан:

- а) прекратить обработку моих персональных данных;

б) уничтожить (стереть) все мои персональные данные из баз данных автоматизированной информационной системы Оператора, включая все копии на машинных носителях информации в срок, не превышающий тридцати дней с даты поступления указанного отзыва, без уведомления меня об этом.

Я утверждаю, что ознакомлен(-а) с документами поликлиники, устанавливающими порядок обработки персональных данных, а также с моими правами и обязанностями в этой области, я предупрежден(-а) о возможных последствиях прекращения обработки своих персональных данных.

Настоящее согласие действует бессрочно.

«___» 20__ г.

_____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Приложение № 3
к Договору № _____
на оказание платных медицинских
и иных услуг
от «___» 20__ г.

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств,
включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств,
на которые граждане дают информированное добровольное согласие**

Я, _____ года рождения, зарегистрированный(-ая) по адресу:
(фамилия, имя, отчество полностью)

, даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи (далее – Перечень), утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., № 24082) для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в федеральном государственном бюджетном учреждении «Поликлиника № 3» Управления делами Президента Российской Федерации:

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, пикфлюметрия, 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, под кожно, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

_____ ,
(Ф.И.О. гражданина) _____
(контактный телефон)

_____ ,
(подпись) _____
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ ,
(подпись) _____
(Ф.И.О. медицинского работника)

«___» 20__ г.
(дата оформления)

Приложение № 4
к Договору № _____
на оказание платных медицинских
и иных услуг
от «___» 20__ г.

УВЕДОМЛЕНИЕ

г. Москва

«___» 20__ г.

Настоящим уведомлением

я, _____, _____ рождения,
(фамилия, имя, отчество) (число, месяц, год) (вид документа, удостоверяющего личность)

уведомлен(-а) о наличии схожих медицинских услуг, оказываемых в районных поликлиниках по программе обязательного медицинского страхования (ОМС);

я ознакомлен(-а) с перечнем, стоимостью, сроками и условиями предоставления и порядком оплаты платных медицинских услуг в соответствии с настоящим Договором;

я уведомлен(-а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника Исполнителя, оказывающего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской и иной услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказать на состоянии моего (Потребителя) здоровья и, как следствие, повлечь отказ Исполнителя от оказания мне платных медицинских и иных услуг.

Я изъявляю желание заключить настоящий Договор на оказание платных медицинских и иных услуг с Исполнителем - федеральным государственным бюджетным учреждением «Поликлиника № 3» Управления делами Президента Российской Федерации (ФГБУ «Поликлиника № 3»).

Я подтверждаю свое согласие на получение уведомлений от Исполнителя - ФГБУ «Поликлиника № 3» по электронной почте или SMS.

(фамилия, имя, отчество уведомляемого лица)

(адрес места жительства или места пребывания, по которому зарегистрирован уведомляемый)

(вид документа, удостоверяющего личность, серия, номер, когда и кем выдан)

(подпись уведомляемого лица)

Приложение № 5
к Договору № _____
на оказание платных медицинских
и иных услуг
от «___» 20__ г.

Правила и условия медицинского поликлинического обслуживания
ФГБУ «Поликлиника № 3»

1. Квалифицированная медицинская помощь (платные медицинские и иные услуги) оказывается в соответствии с медико-экономическими стандартами: Потребителю назначается весь необходимый объем диагностических и лечебных мероприятий, позволяющий обеспечить качество лечения и диагностики на уровне международных стандартов.

Медицинская помощь оказывается в соответствии с режимом работы поликлиники: понедельник-пятница – с 08.00 до 20.00; суббота – с 30.04 по 30.09 – с 08.00 до 14.00, с 01.10 по 29.04 – с 07.00 до 15.00.

2. Прием Потребителя медицинскими работниками Исполнителя осуществляется по предварительной записи. Запись на прием к врачу осуществляется через регистратуру по телефонам в часы работы поликлиники:

врачи-специалисты (495) 982-10-10;

стоматологическое отделение (495) 982-10-40;

вызов врача на дом принимается по телефону (495) 982-10-80, с 08.00 до 14.00 с понедельника по субботу.

Выполнение вызова врача на дом производится в соответствии с графиком работы поликлиники силами дежурного врача-терапевта по адресу Потребителя, указанному в настоящем Договоре. Медицинская помощь на дому оказывается в границах МКАД города Москвы.

Вход Потребителя на территорию Исполнителя осуществляется строго по пропускам ФГБУ «Поликлиника № 3» установленного образца.

3. Потребитель не имеет права передавать другому лицу свои пропуск и/или медицинскую карту (историю болезни), которые дают право на получение медицинских и иных услуг по настоящему Договору. Использование для входа на территорию Исполнителя пропуска, выданного Потребителю, и получение медицинских и иных услуг вместо Потребителя другим лицом запрещено. При выявлении таких случаев Потребитель оплачивает Исполнителю стоимость платных медицинских и иных услуг, оказанных другому лицу, в полном размере, а Потребитель снимается с медицинского обслуживания без права повторного прикрепления и договор с ним прекращается.

4. На время отсутствия по объективным причинам лечащего врача Исполнитель имеет право произвести замену лечащего врача.

5. По всем вопросам медицинского обслуживания, в том числе лечения и диагностического обследования, Потребитель обращается к лечащему врачу.

6. Все виды плановой медицинской помощи Потребителю Исполнитель оказывает по направлению лечащего врача.

7. Общение Потребителя с работниками Исполнителя производится в корректной форме.

8. Потребитель обязан выполнять указания (рекомендации) медицинских работников Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление платных медицинских и иных услуг (в части исполнения диагностических и лечебных мероприятий, процедур и манипуляций, назначенных лечащим врачом и врачами-консультантами), включая сообщение необходимых для этого сведений.

9. Несогласие с тактикой обследования и лечения, полный или частичный отказ от выполнения врачебных назначений доводятся Потребителем до сведения медицинского работника Исполнителя, оказывающего Потребителю платные медицинские и иные услуги, в письменной форме. В ином случае Исполнитель ограничивает сферу своей ответственности за последствия, связанные со здоровьем и жизнью Потребителя, в соответствии с действующим законодательством.

10. В случае отмены записи Потребитель обязан сообщить об этом не позднее, чем за 2 часа в регистратуру Исполнителя по тел. (495) 982-10-10, (495) 982-10-40.

11. В случае опоздания на назначенный прием к медицинскому работнику Исполнителя Потребитель будет принят при первой возможности или, по согласованию с потребителем, в другой день. Опозданием Потребителя на прием медицинскими работниками Исполнителя или диагностические исследования считается время в 10 минут.

12. Информация о состоянии здоровья, результатах анализов и обследования по телефону не сообщается.

13. Исполнитель оставляет за собой право вносить изменения в настоящие Правила.

14. По вопросам качества обслуживания ФГБУ «Поликлиника № 3» обращаться:

по телефону (495) 982-14-03,

письмом по электронной почте vasilenko_lv@puifp.ru

письмом в адрес ФГБУ «Поликлиника № 3»: 129090, Москва, Грохольский переулок, дом 31 (кабинет 902).