

ПЕРЕЧЕНЬ
оказываемых Потребителю (заказчику) платных медицинских услуг

(заполняется в соответствии с действующим Прейскурантом, утвержденным в ГАУЗ «Детская городская поликлиника № 9» г.Казани и отражается в Платежном документе и (или) обследовании, составляемом индивидуально для Потребителя (заказчика))

Подпись Сторон

«Исполнитель»

«Потребитель (заказчик)»

Руководитель
Садыков М.М.

Приложение №2
к Договору на оказание платных медицинских услуг

№ _____

от « _____ » _____ 201__ г.

ПЕРЕЧЕНЬ
работ и услуг, которые вправе осуществлять учреждение, в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность №ЛО-16-01-006423 от 12.12.2017, выданную Министерством здравоохранения РТ

По адресу: 420133, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Адоратского, д.6:

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), лабораторной диагностике, лечебной физкультуре, лечебному делу, медицинской статистике, медицинскому массажу, неотложной медицинской помощи, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу в педиатрии, стоматологии профилактической, физиотерапии, функциональной диагностике, эпидемиологии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), неотложной медицинской помощи, организации здравоохранения и общественному здоровью, педиатрии, управлению сестринской деятельностью; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: неотложной медицинской помощи, организации здравоохранения и общественному здоровью, педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), аллергологии и иммунологии, гигиеническому воспитанию, детской кардиологии, детской урологии-андрологии, детской хирургии, детской эндокринологии, инфекционным болезням, клинической лабораторной диагностике, клинической фармакологии, лечебной физкультуре и спортивной медицине, медицинской статистике, неврологии, неотложной медицинской помощи, нефрологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, психиатрии, рентгенологии, стоматологии детской, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, физиотерапии, фтизиатрии, функциональной диагностике, эндоскопии, эпидемиологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: организации здравоохранения и общественному здоровью. При оказании паллиативной медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях по: детской кардиологии, инфекционным болезням, клинической лабораторной диагностике, лабораторной диагностике, лечебной физкультуре, лечебной физкультуре и спортивной медицине, медицинскому массажу, медицинской статистике, неврологии, нефрологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, педиатрии, психиатрии, рентгенологии, сестринскому делу в педиатрии, травматологии и ортопедии, физиотерапии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым), медицинским осмотрам профилактическим; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности.

Информированное согласие об объеме и условиях оказываемых медицинских услуг

Я, _____

в рамках договора об оказании платных медицинских услуг № _____ от « _____ » 201_ г., желаю получить платные медицинские услуги в ГАУЗ «Детская городская поликлиника № 9» г.Казани, при этом мне разъяснено и мной осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников ГАУЗ «Детская городская поликлиника № 9» г.Казани, полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных услуг в ГАУЗ «Детская городская поликлиника № 9» г.Казани, в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов(а) их оплатить.

2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько услуг.

3. Я согласен (а) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенных на территории Российской Федерации ГАУЗ «Детская городская поликлиника № 9» г.Казани не несет ответственности за их возникновение.

4. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен (а) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей ГАУЗ «Детская городская поликлиника № 9» г.Казани.

5. Мной добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие виды медицинских услуг, которые я хочу получить в ГАУЗ «Детская городская поликлиника № 9» г.Казани и согласен(а) их оплатить

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

7. Виды выбранных мной платных медицинских услуг согласованы с врачом и я даю свое согласие на их оплату в кассу (наличными) ГАУЗ «Детская городская поликлиника № 9» г.Казани в сумме _____

(сумма прописью)

8. Я проинформирован (а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в ГАУЗ «Детская городская поликлиника № 9» г.Казани.

9. Настоящее информированное согласие мной прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю свое согласие на их применение.

« Потребитель (заказчик)»:

адрес регистрации, телефон _____

подпись _____

(расшифровка подписи) _____

« _____ » 201_ г.