

Уведомляем Вас о том, что в случае несоблюдения указаний (рекомендаций) «Исполнителя» (медицинского работника, предоставившего платную медицинскую услугу), в том числе, назначенного режима лечения, могут снизиться качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья «Потребителя».

Основание: раздел IV п.17 «Правил предоставления медицинскими организациями платных услуг», утвержденных Постановлением правительства Российской Федерации № 1006 от 04.10.2012г.

(Ф.И.О.)

подпись

## ДОГОВОР № \_\_\_\_\_ на оказание платных медицинских услуг

г.Уфа

от « » 2019г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан – Городская детская клиническая больница № 17 города Уфы, ул.Свободы, 29 ОГРН 1030204438747, ИНН 0277013480 свидетельство серии 02 №007169725, выдано Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы от 13.01.2015 г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», действующее на основании Лицензии на медицинскую деятельность № ЛО-02-01-006549 выданной Министерством здравоохранения Республики Башкортостан от 03.10.2018 г., расположенного по адресу: Республика Башкортостан, г.Уфа, ул. Тукаева, 23, т. 8(347) 218-00-81 в лице главного врача Мухаметзянова Азата Мунировича, действующего на основании Устава, и «Заказчик» \_\_\_\_\_ (законный представитель) паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_ зарет. по адресу \_\_\_\_\_ действующая(ий) в интересах несовершеннолетнего \_\_\_\_\_ зарет. по адресу \_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_ именуемый далее «Потребитель» заключили настоящий договор о следующем.

### 1. Предмет договора, объем услуг.

1.1. От лица «Исполнитель» \_\_\_\_\_ Специалист, оказывающий платные услуги (Ф.И.О.)

Берет на себя обязательство оказать медицинскую помощь надлежащего качества в соответствии с порядками и стандартами медицинской помощи, утвержденными Минздравом Российской Федерации в следующем объеме

Наименование услуги	Код услуги	Кол-во	Срок исполнени	Цена по прейскуранту руб	Итого сумма к оплате в руб
				Итого	

1.2. Стоимость договора \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ руб.лей)

1.3. Стоимость услуг определяется утвержденным Прейскурантом, действующим на момент заключения договора.

1.4. «Исполнитель» оказывает услуги по настоящему договору в своих структурных подразделениях, согласно режима работы.

### 2. Порядок расчетов

2.1. Оплата предоставленных услуг производится в день оказания соответствующей услуги всеми способами разрешенными на территории Российской Федерации.

2.2. Цена медицинских услуг может быть увеличена в связи с продлением срока лечения. Увеличения фактических затрат на лечение. Проведения дополнительных диагностических, лечебных мероприятий и в силу других обстоятельств. В этом случае оформляется дополнительное соглашение к настоящему договору и «Заказчик» производит дополнительную оплату. При невыполнении или уменьшении оказанных медицинских услуг «Исполнитель» в течение 15 –ти дневный срок возвращает «Заказчику» соответственно оплаченную сумму или разницу между оплаченной суммой и стоимостью оказанных услуг.

### 3. Права и обязанности сторон

#### 3.1. Потребитель обязуется:

3.1.1. до назначения курса лечения сообщить лечащему врачу все сведения о наличии у него других заболеваний, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, а также другую информацию, влияющую на протекание или лечение заболевания.

3.1.2. выполнять все требования медицинского персонала Исполнителя во время всего курса лечения, а при несоблюдении лечебно-реабилитационных мероприятий не исключая возможность отсутствия желаемого эффекта по моей вине.

3.1.3. соблюдать график приема врачей-специалистов.

3.1.4. соблюдать внутренний режим утвержденный Исполнителем.

3.1.5. при прохождении курса лечения сообщать лечащему врачу о любых изменениях самочувствия.

3.1.6. отказаться на весь курс лечения от употребления наркотиков и лекарств их содержащих, психотропных препаратов, алкоголесодержащих напитков.

3.1.7. согласовывать с лечащим или дежурным врачом употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей, и т.д.

3.1.8. в соответствии со ст.9 Федерального закона от 27.07.2003г. № 152-ФЗ «О персональных данных» «Пациент» дает право на обработку своих персональных данных – Фамилия, Имя, Отчество, пол, число, месяц, год рождения; вид и реквизиты документа, удостоверяющего личность, реквизиты полюса ДМС; адрес регистрации по месту жительства; номер контактного телефона или сведения о других способах связи; сведения о состоянии здоровья, а также состоянии здоровья ближайших родственников, факты предыдущих обращений за медицинской помощью и их результаты – в документальной и электронной форме, с возможностью осуществления сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), извлечения, использования, передачи (распространение, предоставление, доступа), обезличивания, блокирования, удаления, уничтожения персональных данных, автоматизированным и неавтоматизированным способом.

Персональные данные обрабатываются в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг в течении срока, необходимого для достижения цели. Обработка персональных данных, регламентированных нормативными актами, регулирующими сроки хранения медицинской документации.

Подпись \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

#### 3.2. Потребитель имеет право:

3.2.1. требовать от Исполнителя предоставления сведений о наличии лицензии и сертификата, расчета стоимости оказываемых услуг;

3.2.2. выбрать лечащего врача (с учетом его согласия);

3.2.3. получать от Исполнителя для ознакомления в доступной для понимания и восприятия форме любые сведения о состоянии своего здоровья, протекании лечения, данные промежуточных обследований, результаты анализов, протоколы консилиумов и т.д.;

3.2.4. отказаться от медицинского вмешательства (в письменной форме);

3.2.5. требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии (врачебной тайны);

3.2.6. дать добровольное согласие на медицинское вмешательство.

#### 3.3. Исполнитель обязуется:

3.3.1. оказывать медицинские услуги качественно, в соответствии с предусмотренными медицинскими технологиями и в срок, указанный в данном Договоре;

3.3.2. использовать в процессе лечения только лицензированные, запатентованные способы, рекомендованные российской и общемировой медицинской практикой.

3.3.3. в случае невыполнения взятых обязательств возместить Потребителю стоимость лечения.

**3.4. Исполнитель имеет право:**

3.4.1. Требовать от Потребителя соблюдения:

- графика прохождения процедур;
- соблюдения внутреннего режима утвержденного Исполнителем;
- соблюдения режима приема лекарственных препаратов, режима питания и других предписаний;

3.4.2. в случае возникновения неотложных состояний Исполнитель имеет право самостоятельно определять объем исследований и оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных настоящим Договором.

**4. Ответственность сторон**

4.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязанностей по договору Исполнитель несет ответственность в размере реального ущерба, причиненного Потребителю таким неисполнением.

4.2. В случае причинения вреда здоровью или жизни Потребителя по вине Исполнителя он несет ответственность в соответствии с законодательством РФ.

4.3. Лицо, ответственное за лечебную работу, обязано в течение суток рассмотреть заявление и в случае необходимости принять меры:

- назначить новый срок оказания услуг;
- уменьшить стоимость предоставленной услуги;
- определить другого специалиста для исполнения услуги;
- вернуть денежные средства по договору, а так же возместить все убытки по договору.

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

5.1. Настоящий договор вступает в силу с даты подписания и действует до полного выполнения сторонами своих обязательств. Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке при нарушении условий одной из сторон.

5.2. Изменение и расторжение договора возможны по соглашению сторон, если иное не предусмотрено настоящим Договором. Изменения и дополнения к настоящему договору, действительны лишь в том случае, если они оформлены в письменной форме и подписаны Сторонами.

5.3. Сторона, считающая, что ее права по настоящему договору нарушены, вправе направить другой стороне письмо с изложением своих претензий. Сторона, получившая претензию, обязана ответить на нее в 10- дневный срок с момента получения. В случае неполучения ответа, сторона, пославшая претензию, может обратиться в суд за защитой своих прав.

**6. Прочие условия.**

6.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, стороны будут по возможности решать путем ведения переговоров. При невозможности достижения согласия спор подлежит передаче на рассмотрение суда в соответствии с законодательством РФ.

6.2. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами.

6.3. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и завершается получением Потребителем Услуги (подтверждением получения пациентом Услуги является заключение по результатам диагностического обследования или выписка из истории болезни).

**7. Перечень услуг, составляющих медицинскую деятельность.**

В соответствии с лицензией на медицинскую деятельность № ЛО-02-01-006549 от 03.10.2018г., выданной Министерством здравоохранения Республики Башкортостан (450002, г.Уфа, ул. Тукаева, 23, т.8(347)218-00-81 ГБУЗ РБ ГДКБ № 17 г.Уфа осуществляет медицинскую деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково».

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первой доврачебной медико- санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, лабораторной диагностики, лечебной физкультуре, медицинской статистике, медицинскому массажу, операционному делу, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу в педиатрии, физиотерапии, функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии, при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: гастроэнтерологии, детской хирургии, неврологии, офтальмологии, травматологии и ортопедии, урологии.

При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), анестезиологии и реаниматологии, бактериологии, гастроэнтерологии, детской хирургии, диетологии, клинической лабораторной диагностике, лабораторной диагностике, лечебной физкультуре и спортивной медицине, медицинской статистике, медицинскому массажу, неврологии, нейрохирургии, неонатологии, нефрологии, операционному делу, организации здравоохранения и общественному здоровью, организации сестринского дела, педиатрии, рентгенологии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, травматологии и ортопедии, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, эндоскопии; при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях по: детской хирургии, нейрохирургии, неонатологии, педиатрии, травматологии и ортопедии.

При оказании паллиативной медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, детской онкологии, неврологии, педиатрии.

При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности. 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: сестринскому делу в педиатрии.

При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: неврологии, неонатологии, офтальмологии, педиатрии, травматологии и ортопедии, сестринскому делу в педиатрии.

**«Исполнитель»**

**«Потребитель»**

450065, РБ, г.Уфа, ул. Свободы, 29

**С условиями договора согласен,  
с возможностью получения беспл. мед. помощи  
в рамках гос. гарантии ознакомлен**

\_\_\_\_\_ Мухаметзянов А.М.

Ф.И.О.

Зав. отд.

\_\_\_\_\_ Ф.И.О.

\_\_\_\_\_ подпись

-----эта часть заполняется после оказания услуг-----

Услуги получены. Претензий нет. «Потребитель»

\_\_\_\_\_ Ф.И.О.

\_\_\_\_\_ подпись

Постановление правительства РФ № 1006 п.6 от 04.10.2012 г.

Приказ МЗ РФ № 1177 Н. от 20.12.2012 г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения

Республики Башкортостан Городская клиническая больница №17 города Уфа

Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг.

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств

Я, \_\_\_\_\_, (законный представитель)

действующий в интересах несовершеннолетнего \_\_\_\_\_ в соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство:

\_\_\_\_\_ /

В рамках договора на оказание платных медицинских услуг, желаю получить услуги в ГБУЗ РБ ГДКБ № 17 г. Уфа, расположенное по адресу: Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Свободы, 29, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

Я могу получить соответствующие виды медицинской помощи бесплатно в рамках Программы госгарантии бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я ознакомлен (а) с действующим Перечнем и прейскурантом медицинских услуг и согласен оплатить стоимость указанной медицинской услуги и прочие платные услуги в соответствии с ним.

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 и те артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, инеем от ахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных). 11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования. 12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно. 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                    законного                    представителя:

\_\_\_\_\_

Фамилия, инициалы и подпись пациента: \_\_\_\_\_

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

Дата: «\_\_» \_\_\_\_\_ 2019г.

Примечание: В соответствии со ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ "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.