Л041-01154-31/00328298

До заключения договора Потребитель (Заказчик) информирован(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

_____/_____/
подпись потребителя/заказчика фамилия, инициалы

ДОГОВОР
на оказание платных медицинских услуг

г.Старый Оскол "_____20г.

Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Старооскольская окружная детская больница», (лицензия на осуществление медицинской деятельности регистрационный N Л041-01154-31/00328298 от 08.05.2019 г., лицензирующий орган Территориальный орган Росздравнадзора по Белгородской области, статус: бессрочно), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лицеглавного врача Колединцевой Елена Викторовна, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин _____
фамилия,имяиотчество(еслиимеется)(приоказанииплатныхмедицинскихуслугтгражданинуанонимносведенияфиксируютсясословпотребителяуслуги)

именуемый(ая)вдальнейшем«Потребитель»,сдругойстороны,и

_____
фамилия,имяиотчество(еслиимеется)илинаименованиеюридическоголица

именуемый(ая)вдальнейшем«Заказчик»,стретьейстороны,присовместномупоминании–стороны,
поскольку Исполнитель имеет возможность оказать платные медицинские услуги, а Заказчик (Потребитель) выразил желаниезаказатьплатныемедицинскиеуслугиизперечняпредоставляемыхработ(услуг),составляющихмедицинскую деятельность,иуказанных влицензиинаосуществление медицинскойдеятельностиИсполнителя,сторонызаключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнительобязуетсяпопоручению Заказчика(Потребителя)оказатьплатнуюмедицинскуюуслугу(илиуслуги) в соответствии сперечнем предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя, Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной Минздравом России (Номенклатура), а Заказчик (Потребитель) обязуется оплатить оказываемые услуги в порядке и сроки, согласованные в настоящем договоре.
Ознакомиться с полным перечнем предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность можно отсканировав QR-код в левом верхнем углу договора, а также на официальном сайте Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения: https://roszdravnadzor.gov.ru/.
1.2. Перечень платных медицинах услуг (далее – услуг), предоставляемых в соответствии с договором определяется в соответствии с Номенклатурой, Прейскурантом на платные медицинские услуги Исполнителя, утвержденного в установленном порядке, в Приложении №1 и Акте (актах) оказанных услуг (выполненных работ) (в случае его оформления). Приложении №1 является неотъемлемой частью настоящего договора.

2. Условия, сроки предоставления и ожиданияуслуг

2.1. Срок предоставления и ожидания медицинской услуги (услуг) определяется в соответствии с действующими порядками, клиническими рекомендациями ее выполнения, стандартами, соглашением сторон.
2.2. Срок,указанныйвп.2.1 настоящегодоговора,можетбытьувеличенилиуменьшен,есливпроцессеоказанияуслуг появятся обстоятельства, не зависящие от Исполнителя, влияющие на увеличение или уменьшение срока, при этом Заказчик (Потребитель) будет уведомлен об этом в разумные сроки.
2.3. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается: а) в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации; б) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями; в) на основе клиническихрекомендаций; г) с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.
2.4. Платные медицинские услуги в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утверждаемой Минздравом России,могутпредоставлятьсявполномобъеместандартамедицинскойпомощилибоввидеосуществленияотдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию Потребителя и (или) Заказчика.
2.5. Услуги оказываются в соответствии с утвержденными Исполнителем Правилами оказания медицинских услуг, по адресу (адресам), указанному (указанным) в лицензии на осуществление медицинской деятельности Исполнителя.
2.6. Заказчик (Потребитель) подтверждает, что при заключении договора, Исполнителем в доступной форме предоставлена информация и возможность ознакомится с информацией, размещенной на официальном сайте Исполнителя https://gdp3-stoskol.belzdrav.ru/ в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» и на информационных стендах в общедоступных помещениях Исполнителя: о возможности получения соответствующих видовиобъемовмедицинскойпомощибезвзиманияплатырамкахпрограммыгосударственныхгарантийбесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и чтоотказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамкахпрограммыитерриториальнойпрограммы;опорядкеоказаниямедицинскойпомощистандартахмедицинской помощи (при наличии), применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи; о медицинском работнике, отвечающем за предоставлениесоответствующейплатнойдицинскойуслуги(егопрофессиональномобразованиииквалификации); ПрейскурантнаплатныемедицинскиеуслугиИсполнителя;Перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность в соответствии с Лицензией;Номенклатура;идругиесведения,относящиесякпредмету договора.
2.7. Потребительи(или)Заказчикуведомляется(ются)отом,чтограждане,находящиесяналечении,всоответствиис Федеральным законом"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.

3. Стоимость услуг, сроки и порядок их оплаты

3.1. Стоимостьуслуги(услуг)определенасогласноутвержденномувустановленномпорядкеПрейскурантунаплатные медицинские услуги Исполнителя и отражена в Приложении №1, которое является неотъемлемой частью договора, его приложением. При возникновении необходимости выполнения дополнительных услуг, не предусмотренных договором, они выполняются с письменного согласия Заказчика (Потребителя). В стоимость услуги могут не включаться расходы Исполнителя на закупку для Потребителя лекарственных препаратов, медицинских изделий и иные материалы (далее – расходные материалы), необходимые для оказания услуг определенного вида. В этом случае затраты Исполнителя на приобретение для Потребителя данных расходных материалов подлежит оплате (компенсации)(далее– компенсационныерасходы)Заказчиком(Потребителем)отдельноотстоимостиуслуг,всрокии порядке, указанные в договоре.
3.2. Напредоставлениеуслугможетбытьсоставленасмета.Еесоставлениепотребованию Заказчика(Потребителя)или Исполнителя является обязательным, при этом она будет является неотъемлемой частью настоящего договора.
3.3. Потребительдолженпроизвестиоплатууслуги,компенсироватьрасходыИсполнителянаприобретениерасходных материаловвполномразмеренаосновании Акта(актов)оказанныхуслуг(выполненныхработ) (вслучаеихоформления)и/илимедицинскогозаключения.Акт(акты)оказанныхуслуг(выполненныхработ)(вслучае его оформления) оформляется в двух экземплярах, один экземпляр акта после оплаты услуг передается Заказчику (Потребителю) на руки.
3.4. Заказчик(Потребитель)долженпроизвестиоплатувполном объеме доначалаоказаниямедицинскойуслуги (услуг)в кассу Исполнителя или путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. Оплата Заказчиком (потребителем) стоимости медицинской услуги (услуг) в размере, определенном на основании п. 3.3. договора, будет считатьсясогласиемЗаказчика(Потребителя)состоимостьюмедицинскойуслуги(услуг).
3.5. Оплата оказанных услуг (выполненных работ), компенсация расходов Исполнителя производится посредством наличных или безналичных расчетов в соответствии с законодательством Российской Федерации.
3.6. Заказчику (Потребителю) в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг, расходных материалов (контрольно- кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца).

4. Обязанности сторон

4.1. Исполнительобязан: припредоставлениипатных медицинскихуслугмедицинскаяпомощьдолжнаоказываться соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, и порядками оказания медицинской помощи, организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, которые утверждены Министерством здравоохранения Российской Федерации, на основеклиническихрекомендаций,атакжесучетомстандартовмедицинскойпомощи,утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации; предоставить услуги, качество которых должно соответствоватьусловиям договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к таким услугам; соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления; по требованиюПотребителя (законному представителю потребителя) и в доступной для него форме предоставить информациюо состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения,обиспользуемых припредоставлениипатных медицинских услуглекарственных препаратах имедицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное ворганизм человека медицинское изделие; после исполнения настоящего договора выдать потребителю (законному представителю потребителя)медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы, на условиях, в сроки и в объеме, установленном уполномоченнымфедеральным органом исполнительной власти; по обращению потребителя выдатьдокументы, подтверждающие фактические расходы потребителя и (или) заказчика на оказанные медицинские услуги и (или) приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения (копия договора с приложениями и дополнительнымисоглашениямикнему(вслучаезаключения);справкаобоплатемедицинскихуслугпоустановленной форме; рецептурный бланк с проставленным штампом "Для налоговых органов Российской Федерации, идентификационнойномеронлогоплательщика",заверенныйподписьюиличнойпечатьюврача,печатьюмедицинской организации; документы установленного образца, подтверждающие оплату лекарственных препаратов).
4.2. Заказчик (Потребитель) обязан: до начала оказания услуг дать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, сообщить врачу до начала медицинского вмешательства полные сведения о состоянии своего здоровья, известных перенесенных и наследственных заболеваниях, противопоказаниях, профессиональных вредностях, вредных привычках (курение, употребление алкоголя, наркотиков, токсических веществ), переносимости лекарственных средств, аллергических проявлениях, эпидемиологических данных; дать согласие на обработку персональныхданных,впорядкеопределенномдействующимзаконодательством(кромеслучаев,когдапациентжелает получитьуслугунаусловияхаанонимности);заботитьсяосохраненииисвоегоздоровья,соблюдатьназначенияилечащего врачаимедицинскогоперсонала, не применять не назначенные лекарственные препараты, не использовать нерекомендованные медицинские изделия, иные методы диагностики и лечения без согласования лечащего врача; соблюдать режим лечения, в том

числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинской организации Исполнителя; своевременно являться к лечащему врачу (иному медицинскому работнику) в назначенное время приема (в случае опоздания на прием более чем на 15 минут, исполнитель вправе перенести время приема на другое время, согласованное с Заказчиком (Потребителем); своевременно и в полном объеме оплатить услуги.

4.3. Припредоставлениилатныхмедицинскихуслугграждананиностранныхгосударств(нерезидентам)исполнитель обеспечивает передачу сведений об осуществлении медицинской деятельности в отношении нерезидентов в соответствии с указаниями Центрального банка Российской Федерации.

4.4. При наличии технической возможности Исполнителя Договорможетбытьзаключенпосредствомиспользованиясети"Интернет"(приналичииуисполнителясайта)на основаниииознакомленияпотребителяи(или)заказчикаспредложеннымисполнителемописаниеммедицинскойуслуги (дистанционный способ заключения договора). При дистанционном способе заключения договора должны быть соблюдены условия,предусмотренныеп.42-50Правил,утвержденныхПостановлениемПравительстваРФ от 11.05.2023 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 – Правила № 736)

4.5. В целях защиты прав потребителя медицинская организация по обращению потребителя выдает следующие документы,подтверждающиефактическиерасходыпотребителяи(или)заказчиканаоказанныемедицинскиеуслугии (или) приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения:

а)копиядоговорасприложениямиидополнительнымисоглашениямикнему(вслучаезаключения);

б) справка об оплате медицинских услуг по установленной форме;

в) рецептурный бланк с проставленным штампом "Для налоговых органов Российской Федерации, идентификационныйномерналогоплательщика",заверенныйподписьюиличнойпечатьюврача,печатьюмедицинской организации;

г)документыустановленногообразца,подтверждающиеоплатулекарственныхпрепаратов(кассовыйчек,бланк строгойотчетностиили инойдокумент, подтверждающийфактосуществлениярасчета,вслучаях,еслисоответствии с требованиями законодательства Российской Федерации о применении контрольно-кассовой техники у медицинской организации отсутствует обязанность по применению контрольно-кассовой техники при осуществлении расчетов).

5. Ответственность сторон за невыполнение условий договора.

5.1. Ответственность Сторон за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по договору определяется в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.2. Занарушениесроковудовлетворенияотдельныхтребованийпотребителя,установленныхпунктами1и2статьи31 ЗаконаРФот07.02.1992N2300-1"Озащитеправпотребителей",ИсполнительуплачиваетЗаказчику(Потребителю)за каждый день просрочки неустойку (пеню), размер и порядок исчисления которой определяются в соответствии с пунктом 5 статьи 28 Закона о защите прав потребителей.

5.3. В случае нарушения сроков, указанных в пунктах 1 и 2 статьи 31 Закона о защите прав потребителей, Заказчик (Потребитель) вправе предъявитьИсполнителю иные требования, предусмотренные пунктом 1 статьи28 ипунктами1 и 4 статьи 29 Закона о защите прав потребителей.

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

5.5. Вслучаепросрочкиисполнениями/илинеисполненияЗаказчиком(Потребителем)обязательства,предусмотренного настоящим договором, Исполнитель вправе потребовать уплату неустойки (пени). Неустойка (пеня) начисляется за каждый день просрочки исполнения и/или неисполнения обязательства, начиная со дня, следующего после дня истечения установленного срока исполнения обязательства по настоящему договору. Размер такой неустойки (пени) устанавливается в размере 0,1% от стоимости, не оплаченной в срок оказанной услуги.

5.5.Исполнительненесеткакой-либоответственности,еслионабыласвязанаилиявиласьрезультатомпредставления Заказчиком (Потребителем) Исполнителю неверной или вводящей в заблуждение информации.

6. Порядок изменения и расторжения договора

6.1. Настоящийдоговорможетбытьизмененилирасторгнутпосоглашениюсторонвсоответствиисзаконодательством Российской Федерации.

6.2. В случаях, предусмотренных частью 1 статьи 28, абзацем 7 части 1, частью 6 статьи 29 Закона о защите прав потребителя Потребитель вправе отказаться от исполнения договора об оказании услуг.

6.3. Потребитель после заключения договора вправе отказаться от исполнения настоящего договора, при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

6.4. Исполнитель вправе отказаться от исполнения обязательств по договору возмездного оказания услуг лишь при условии полного возмещения Потребителю (Заказчику) убытков.

7. Иные условия

7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до момента исполнения обязательств. Стороны договорились,что со стороны Исполнителя приподписании иисполнении договора можетбытьиспользован аналог собственноручной подписи Колединцевой Е.В. (факсимильное воспроизведение подписи с помощью средств механического илиного копирования, электронно-цифровойподписилибо иного аналога собственноручнойподписи при подписании Договора, а также иных документов, связанных с его исполнением).

7.2. Спорыиразногласиярешаютсяпутемпереговоров,претензийивсудебномпорядке.При предъявлении Заказчиком (Потребителем) требований, предусмотренных Законом "О защите прав потребителей» Исполнитель направляет ему ответ в отношении заявленных требований в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом "О защите прав потребителей".

7.3. При поступлении обращения Заказчика (Потребителя) в адрес Исполнителя ответ направляется в соответствии с Федеральным законом от 02.05.2006 N 59-ФЗ "О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации".

7.4. Обращение (жалоба, требование) Потребителя должно направляться Исполнителю на бумажном носителе (при личном обращении или по почте по адресу места нахождения Исполнителя) либо обращение (жалоба, требование), сформированное в форме электронного документа, подписанного Потребителем либо его законным представителем, в случае если пациентом является несовершеннолетний, не достигший возраста, установленного частью 2 статьи 54Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", либо гражданин, признанный в установленном законом порядке недееспособным, с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи посредством применения федеральной государственной информационной системы "Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)" (далее-Единыйпорталгосударственныхимуниципальныхуслуг),единойсистемыидентификацииииаутентификации, федеральных государственных информационных систем всфере здравоохранения, государственных информационных систем в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации, медицинских информационных систем медицинских организаций и иных информационных систем, предназначенных для сбора, хранения, обработки и предоставления информации, касающейся деятельности медицинских организаций и предоставляемых ими услуг, которое составляется в свободной форме и содержит: фамилия, имя и отчество (при наличии) Потребителя; место жительства(пребывания) Потребителя;реквизиты документа, удостоверяющего личностьПотребителя(номер исерия (приналичии),датавыдачи,наименованиевыдавшегооргана);номеридатадоговоранаоказаниеплатныхмедицинских услуг; содержание обращения, жалобы, требования; почтовый (электронный) адрес для направления письменного ответа; номер контактного телефона (при наличии).

7.5. Настоящий договор составлен в 3 (трех) или 2 (двух) подлинных экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

7.6. Стороны подтверждают, что Договор считается заключенным как путем подписания всеми Сторонами Договора набумажномносителеискрепленным печатью,такипутемподписанияэлектронногодокумента.Обмендокументами может осуществляться путем передачи электронной копии (скан-копии) подписанного документа в формате PDF, полученной путем сканирования либо фотографирования, по адресам электронной почты, указанным в настоящем Договоре.

7.7. Поокончанииоказанияуслугсторонысоставляютактоказанныхуслуг(выполненныхработ).

8. Наименование, реквизиты и подписи сторон.

Исполнитель: **Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Старооскольская окружная детская больница»** **Адресместанахождения:**309511 Белгородская область г. Старый Оскол, микрорайон Олимпийский, 13а ИНН 3128039159 КПП 312801001 ОГРН 1023102366870 **Адресэлектроннойпочты:**sodetbol@mail.ru **ОтИсполнителя:**Главный врач _____/**Колединцева Е.В./** подпись расшифровкаподписи	**Потребитель:** _____ фамилия,имя,отчество(приналичии)(приоказанииплатныхмедицинскихуслугграждаданину анонимно сведения фиксируются со слов потребителя услуги) **Адресместажительства(пребывания):** _____ **Данныедокумента,удостоверяющеголичность(не требуется при оказании услуги анонимно):** _____ _____ виддокумента,номер,кемикогдавыдан **Телефон:** _____ **Адресэлектроннойпочты: Потребитель:** _____ _____/ _____/ подпись расшифровкаподписи
	Заказчик/представительзаказчика: _____ фамилия,имя,отчество(приналичии)илинаименование,ОГРН, ИНН **Адресместажительства(пребывания)или нахождения:** _____ **Телефон:** _____ **Данныедокумента,удостоверяющеголичность:** _____ _____ виддокумента,номер,кемикогдавыдан **Телефон:** _____ **Адресэлектроннойпочты:** _____ **Заказчик:** _____/ _____/ подпись расшифровкаподписи

**** В случае если платные медицинские услуги оказываются анонимно:***

- информация о пациенте заполняется с его слов или ставится прочерк, а на первой странице настоящего договора в правом верхнем углу прописывается слово: «анонимно»;

- в целях определения возраста пациента для дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство в соответствии с ч.2 ст. 20Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" у заказчика и/или потребителя может быть запрошен паспорт.

Обращаем вниманиепотребителя и/или заказчика, что при получении платных медицинских услуганонимно имеет место риск для потребителя и/или заказчика в дальнейшем в полной мере защитить свои права в досудебном и судебном порядке, получить налоговые вычеты и т.п.

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

Условия и виды предоставляемых платных медицинских услуг

№ п/п	Дата предоставления услуги	Код мед. услуги	Наименование медицинской услуги	Ф.И.О., должность специалиста, оказывающего платные медицинские услуги	Стоимость, руб.	Кол-во	Цена, руб.
			ИТОГО:				

Сумма прописью:_____

Адрес места оказания платных медицинских услуг: _____

Заказчик:

_____/_____ *(подпись/Ф.И.О.)*

Исполнитель:

_____/_____ *(подпись/Ф.И.О.)*

Вариант.

Потребитель:

_____/_____ *(подпись/Ф.И.О.)*

Приложение № 2
утверждено приказом Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от 12 ноября 2021 г. № 1051н

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
«____» _____ _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)
_____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)
в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
«____» _____ _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)
_____
(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)
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, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н [1] (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ОГБУЗ «Старооскольская окружная детская больница»
Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)
в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)
_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)
_____ _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

«____» _____ г.
(дата оформления)

[1] Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный № 24082.

Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг

Я, _____ (Ф.И.О. гражданина), "___"_____ ____ года рождения, паспорт: серия _____ N _____, выдан "___"_____ ____ г. _____, зарегистрированн__ по адресу: _____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя), даю информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг мной или лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в ОГБУЗ «Старооскольская окружная детская больница».

Медицинским работником _____ (должность, Ф.И.О. медицинского работника) в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы получения платных медицинских услуг, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.О возможности бесплатного получения данной услуги в системе ОМС проинформирован.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств при получении платных медицинских услуг или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранных мной лицах, которым в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья, в том числе после моей смерти, или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе после его смерти (ненужное зачеркнуть):

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

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

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

"___"_____ ____ г.

(дата оформления)

Согласие
пациента на обработку персональных данных

Я, _____ (Ф.И.О. субъекта персональных данных), "___"_____ ____ года рождения, проживающий по адресу: _____, паспорт: серия _____ N _____, выдан "___"_____ ____ г. _____, руководствуясь ст. ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", даю согласие ОГБУЗ «Старооскольская окружная детская больница» (далее - Оператор) в целях оказания мне медицинских услуг на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, год, месяц, дата и место рождения, национальность, адрес места жительства, семейное, социальное, имущественное положение, образование, телефон, профессия, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, интимной жизни заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

В соответствии с п. п. 3, 4 ч. 2 ст. 10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" оператор имеет право на обработку персональных данных, если она:

- необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов субъекта персональных данных либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц и получение согласия субъекта персональных данных невозможно;

- осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями Белгородской области и другие органы власти и организации осуществляющие контроль качества оказания мне медицинских услуг с использованием машинных носителей, бумажных носителей информации или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет не более двадцати пяти лет.

Настоящее согласие действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в том числе и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработкув течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской помощи.

_____/_____ "___"_____ ____ г.
(подпись, Ф.И.О.)

Согласие получено "___"_____ ____ г.

Уполномоченный представитель медицинской организации: _____/_____
(подпись, Ф.И.О.)