



Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 64
Департамента здравоохранения города Москвы

107023, г. Москва, ул. Малая Семеновская, д.13
Телефон: (499) 673-49-73
Сайт: <https://gp64.mos.ru/> . E-mail: gp64@zdrav.mos.ru

ПРИКАЗ

« 30 » июле 2024 г.

№ 424/п.у

О введении в действие положения
«О порядке предоставления
ГБУЗ «ГП №64 ДЗМ»
платных медицинских услуг»

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 11 мая 2023 г. 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 04 октября 2012 г № 1006", приказываю:

1. Утвердить Положение «О порядке предоставления государственным бюджетным учреждением здравоохранения «Городская поликлиника №64 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ГП 64 ДЗМ») платных медицинских услуг в новой редакции.
2. Начальнику ООПМУ Козловой О.В., актуализировать информацию на информационных стендах и официальном сайте ГБУЗ «ГП №64 ДЗМ»
3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на начальника отдела по организации оказания платных медицинских услуг Козлову О.В.

Главный врач

М.В.Шутов

«УТВЕРЖДАЮ»

Главный врач
ГБУЗ «ГП № 64 ДЗМ»



М.В.Шутов

« 30 » _____ 2024 г.

ПОЛОЖЕНИЕ

**О ПОРЯДКЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ
ГОСУДАРСТВЕННЫМ БЮДЖЕТНЫМ УЧРЕЖДЕНИЕМ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 64
ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ»
(ГБУЗ «ГП № 64 ДЗМ»)**

ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

**МОСКВА
2024 год**

1. Общие положения

1.1. Настоящее Положение устанавливает порядок и условия предоставления Государственным бюджетным учреждением здравоохранения «Городская поликлиника № 64 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ГП № 64 ДЗМ») (далее - Учреждение) платных медицинских услуг.

1.2. Положение разработано в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326 –ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 года № 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 04 октября 2012 г № 1006», приказом Департамента здравоохранения г. Москвы от 29 августа 2023 г № 880 «Об утверждении Порядка определения цен (тарифов) на платные услуги, предоставляемые государственными учреждениями Департамента здравоохранения города Москвы, а также условий использования материально-технической базы и привлечения медицинских работников для оказания платных медицинских услуг» и иными действующими нормативными актами.

1.3. Положение о предоставлении платных медицинских услуг (далее - Положение), определяет порядок и условия предоставления платных медицинских услуг в Учреждении с целью наиболее полного удовлетворения потребностей населения в медицинской и медико - социальной помощи, расширения спектра оказываемых услуг и лечебно-диагностической помощи, а также, привлечения дополнительных финансовых средств для материально-технического развития Учреждения, материального поощрения его работников. Действие настоящего Положения распространяется на все структурные подразделения Учреждения, включая все филиалы, и является обязательным для исполнения.

1.4. В Положении используются следующие основные понятия:

«медицинская помощь» - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и/или восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг;

«медицинская услуга» - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;

«платные медицинские услуги» (далее - ПМУ) - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счёт личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования (далее Договор);

«потребитель» - физическое лицо, имеющее намерение получить ПМУ, либо получающее ПМУ лично в соответствии с Договором. Потребитель, получающий ПМУ, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

«пациент» - физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или, которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания;

«заказчик» - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести ПМУ, либо заказывающее или приобретающее ПМУ в соответствии с Договором в пользу потребителя;

«исполнитель»- Учреждение, оказывающее ПМУ в соответствии с договором;

«качество медицинской помощи» - совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

1.5. Учреждение предоставляет ПМУ на основании Устава, разрешения ДЗМ на осуществление приносящей доход деятельности, в том числе на предоставление ПМУ, на основании перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, указанные в лицензии Учреждения на осуществление медицинской деятельности.

1.6. Основанием для предоставления ПМУ является добровольное желание Заказчика, наличие письменно оформленных Договоров и оплата стоимости медицинских услуг согласно действующих на этот момент тарифов на ПМУ (Прейскурант Учреждения).

2. Условия предоставления платных медицинских услуг

2.1. Учреждение предоставляет ПМУ в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность.

2.2. Предоставление ПМУ не предусматривает снижения объемов, ухудшение доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи.

2.3. При заключении Договора потребителю/заказчику предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объёмов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – программа) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – территориальная программа).

Отказ потребителя от заключения Договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках Программы и территориальной программы

2.4. ПМУ предоставляются по добровольному желанию потребителя/заказчика с подписанием им информированного согласия и Договора на предоставление ПМУ:

2.4.1. на иных условиях, чем предусмотрено программой, территориальными программами и (или) целевыми программами, в следующих случаях:

- назначение и применение по медицинским показаниям лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, если их назначение и применение не обусловлены жизненными показаниями или заменой из - за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, входящих в указанный перечень, а также не закупаемых за счет бюджетных ассигнований всех уровней бюджетной системы Российской Федерации;
- применение медицинских изделий, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, не закупаемых за счет бюджетных ассигнований бюджетов всех уровней бюджетной системы Российской Федерации и не подлежащих оплате в рамках программы и территориальной программы.

2.4.2. анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

2.4.3. гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не

являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации;

2.4.4. при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, которые предусмотрены статьей 21 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также за исключением оказания медицинской помощи в экстренной форме.

2.5. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается:

2.5.1. в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

2.5.2. в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации;

2.5.3. на основе клинических рекомендаций;

2.5.4. с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее – стандарт медицинской помощи).

2.6. Цены (тарифы) на медицинские услуги, формируются учреждением в соответствии с Методикой определения цены (тарифа) на платные услуги, предоставляемые государственными учреждениями Департамента здравоохранения города Москвы, и утверждаются приказом руководителя учреждения.

2.7. При оказании платных медицинских услуг используется материально-техническая база учреждения.

2.8. Оказание платных медицинских услуг осуществляется медицинским персоналом отделения по оказанию платных медицинских услуг. Дополнительно для оказания платных медицинских услуг могут привлекаться работники учреждения других подразделений в порядке и на условиях, предусмотренных законодательством.

2.9. Использование материально-технической базы и привлечение медицинских работников для оказания платных медицинских услуг осуществляются с учетом сроков ожидания и объемов медицинской помощи, установленных программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве.

2.10. Платные медицинские услуги должны соответствовать номенклатуре медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию потребителя и (или) заказчика.

3. Порядок информирования граждан о предоставлении ПМУ

3.1. Учреждение обеспечивает граждан бесплатной, доступной и достоверной информацией о ПМУ, оказываемых в данном лечебном учреждении.

3.2. Информация о предоставлении ПМУ преподносится населению в доступной форме путём размещения:

- на сайте Учреждения;
- в информационно - телекоммуникационной сети «Интернет»;
- на информационных стендах (стойках) Учреждения в доступных неограниченному кругу лиц местах и оформленных таким образом, чтобы можно

было свободно ознакомиться с размещённой на них информацией в течение всего рабочего времени подразделений Учреждения.

3.3. Учреждение размещает в доступных неограниченному кругу лиц местах и предоставляет по требованию потребителя/заказчика для ознакомления следующую информацию:

- копию учредительного документа государственной организации;
- адреса места нахождения Учреждения и его филиалах (обособленных подразделений);
- адрес сайта в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»;
- выписку из единого государственного реестра юридических лиц;
- сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности (номер и дата регистрации);
- перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Учреждения;
- перечень категорий потребителей, имеющих право на получение льгот, а также перечень льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг;
- прейскурант медицинских услуг с указанием цен в рублях;
- сведения об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг, порядке их оплаты, образцы договоров на оказание платных медицинских услуг;
- информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги, путём размещения на сайте исполнителя ссылок на «Официальный интернет-портал правовой информации» (www.pravo.gov.ru) и официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации, на котором размещен рубрикатор клинических рекомендаций, а также путём размещения указанных ссылок на информационных стендах;
- порядок и условия предоставления медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий;
- сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;
- режим работы подразделений Учреждения, график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- адреса и телефоны органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

3.4. Исполнитель доводит до потребителя и (или) заказчика информацию о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации, а также сообщает почтовый адрес или адрес электронной почты, на которые может быть направлено обращение (жалоба).

4. Порядок заключения договора и оплаты медицинских услуг

4.1. ПМУ гражданам и юридическим лицам предоставляются в Учреждении в рамках Договоров, заключаемых в письменной форме:

- с физическими лицами на предоставление платных медицинских услуг;

- с юридическими лицами на предоставление платных медицинских услуг, в том числе на проведение предварительных и периодических медицинского осмотра;
- со страховыми компаниями в рамках договоров добровольного медицинского страхования
- с другими лечебными учреждениями и научно – исследовательскими институтами на предоставление платных медицинских услуг и др.

4.2. Договоры содержат:

- сведения об исполнителе: наименование и фирменное наименование, адреса места нахождения, основной государственный регистрационный номер и идентификационный номер налогоплательщика;
 - номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дату её регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Учреждения в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего её лицензирующего органа;
 - сведения о потребителе (при оказании платных медицинских услуг анонимно сведения фиксируются со слов потребителя услуги) :
 - фамилия, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон;
 - данные документа, удостоверяющие личность;
 - сведения о заказчике:
 - фамилия, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон заказчика – физического лица;
 - данные документа, удостоверяющие личность заказчика – физического лица;
 - наименование, адрес места нахождения, основной государственный регистрационный номер и идентификационный номер налогоплательщика заказчика - юридические лица;
 - перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором;
 - стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты;
 - условия и сроки предоставления платных медицинских услуг;
 - фамилия, имя, отчество (если имеется), должность, документ подтверждающий полномочия лица, заключающего договор от имени исполнителя и его подпись;
 - фамилия, имя, отчество (если имеется), должность и документ подтверждающий полномочия (для юридических лиц) лица, заключающего договор от имени потребителя/заказчика и его подпись;
- В случае если заказчик является юридическим лицом:
- ответственность сторон за невыполнение условий договора;
 - порядок изменения и расторжения договора;
 - порядок и условия выдачи потребителю (законному представителю потребителя) после исполнения договора исполнителем медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг;
 - иные условия, определяемые по соглашению сторон.

4.2. Договор составляется в 2-х экземплярах, один из которых находится у исполнителя, второй - у потребителя. Если договор на оказание платных медицинских услуг заключает Представитель потребителя, договор составляется в 3-х экземплярах и третий экземпляр предоставляется заказчику. Договор хранится в порядке, определенном законодательством Российской Федерации об архивном деле в Российской Федерации.

4.3. До заключения договора исполнитель в письменной форме уведомляет потребителя (заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя

(медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режим лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя..

4.4. В случае возникновения необходимости предоставления во время оказания ПМУ дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, исполнитель обязан предупредить об этом потребителя/заказчика. Без оформления дополнительного соглашения к договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости, Учреждение не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

4.5. В случаях, когда при предоставлении платных медицинских услуг потребуются оказание дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям, такие медицинские услуги в соответствии с федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» оказываются без взимания платы.

4.6. ПМУ предоставляются при предъявлении документа, удостоверяющего личность пациента, в часы работы Учреждения по предварительной записи или в день обращения пациента при условии наличия свободного времени у врача.

4.7. Медицинские услуги, предоставляемые Учреждением на платной основе, оказываются квалифицированным медицинским персоналом соответствующих специальностей в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи, с использованием медицинской техники и технологий, разрешенных к применению на территории Российской Федерации.

4.8. При предоставлении платных медицинских услуг заполняется медицинская документация в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

4.9. Медицинские работники, оказывающие платную медицинскую помощь, по требованию потребителя (его законного представителя) предоставляют в доступной для него форме информацию: о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения; о лекарственных препаратах и медицинских изделиях, используемых при предоставлении платных медицинских услуг, в том числе, о сроках их годности (гарантийных сроках) и показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

4.10. После предоставления ПМУ потребителю (пациенту) выдается медицинская документация в соответствии с требованиями, установленными законодательством Российской Федерации к оформлению и ведению медицинской документации и учётных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их предоставления.

4.11. В случае несоблюдения исполнителем своих обязательств, потребитель/заказчик вправе, по своему выбору потребовать:

- назначения нового срока оказания услуги;
- уменьшить стоимость не качественно оказанной услуги;
- исполнения оплаченной услуги другим специалистом;
- расторгнуть договор;
- возмещение убытков в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

4.12. В случае несоблюдения обязательств потребитель/заказчик может обратиться с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу Учреждения, в Департамент здравоохранения города Москвы, в органы, осуществляющие надзор за оказанием качества услуг, предоставляемых учреждениями здравоохранения ПМУ, а также в суд.

4.13. Потребитель и (или) Заказчик обязаны оплатить стоимость медицинских услуг в порядке и сроки, установленные Договором, выполнять требования, обеспечивающие качественное исполнение услуг, сообщать необходимые для этого сведения (в том числе персональные данные), а также, соблюдать другие условия Договора.

4.14. Оплата медицинских услуг по договорам с физическими лицами осуществляется в наличной (в кассу учреждения) или безналичной форме. Учреждением, в соответствии с законодательством Российской Федерации о применении контрольно-кассовой техники, выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (кассовый чек).

4.15. Оплата медицинских услуг по договорам с юридическими лицами (в том числе со страховыми организациями) осуществляется в безналичной форме по реквизитам Учреждения, указанным в Договоре.

4.16. В случае отказа получения платной медицинской помощи потребителем после заключения Договора он расторгается по инициативе потребителя, при этом потребитель/заказчик оплачивает исполнителю фактически понесённые им расходы, связанные исполнением обязательств по Договору.

4.17. По обращению потребителя (заказчика) Учреждение выдает следующие документы, подтверждающие фактические расходы потребителя и (или) заказчика на оказанные медицинские услуги:

4.17.1. копию договора на оказание платных медицинских услуг

4.17.2. справку об оплате медицинских услуг по установленной форме.

5. Ответственность Учреждения и контроль за предоставлением ПМУ

5.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации Учреждение несет ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий оказания ПМУ, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенных на территории Российской Федерации, а также, за причинение вреда здоровью и жизни пациента.

5.2. Контроль за организацией работы по оказанию ПМУ и качеством их выполнения Учреждением, тарифами на ПМУ, порядком взимания денежных средств с населения осуществляет Департамент Здравоохранения города Москвы, Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека рамках установленных полномочий.

5.3. Нарушение установленных Договором сроков исполнения услуг должно сопровождаться выплатой потребителю неустойки в размере и порядке, определяемых Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей» или Договором.

5.4. В случае выявления нарушений в работе Учреждения по оказанию платной медицинской помощи в виде:

- снижения уровня качества предоставления ПМУ;
- нанесения ущерба основной деятельности Учреждения, выразившееся в сокращении объема и доступности бесплатной медицинской помощи;
- несвоевременного оформления отделением ПМУ финансовых и других документов;

Департамент здравоохранения города Москвы вправе принять решение о приостановлении разрешения на право предоставления ПМУ до момента устранения выявленных нарушений.

Приложение №1 к Положению
о порядке предоставления
ГБУЗ «ГП №64 ДЗМ»
платных медицинских услуг

Форма договора на оказание платных медицинских услуг для
физических лиц (заказчик и потребитель одно лицо)

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг

_____ 20__ г.

г.Москва

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская поликлиника № 64 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ГП № 64 ДЗМ») (лицензия на медицинскую деятельность от 26.01.2021 года № Л041-01137-77/00368083, выданная Департаментом здравоохранения города Москвы, г. Москва, Оружейный переулок, д.43, стр.1, т. (499)-251-83-00), именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, в лице _____, действующего на основании доверенности _____, с одной стороны, и гражданин (-ка) _____,

именуемый (-ая) в дальнейшем **Потребитель**, действующий в своих интересах, с другой стороны, вместе именуемые Стороны и каждый в отдельности Сторона, заключили настоящий договор (далее - Договор) о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. На условиях настоящего Договора Исполнитель обязуется оказывать Потребителю на возмездной основе медицинскую помощь (медицинские услуги), отвечающую требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

1.2. Объем оказываемых по настоящему Договору услуг определяется общим состоянием здоровья Потребителя, индивидуальными особенностями организма Потребителя, медицинскими показаниями (противопоказаниями) по лечению выявленных заболеваний (патологий), желанием Потребителя и организационно-техническими возможностями Исполнителя.

1.3. Перечень и стоимость медицинских услуг, оказываемых Исполнителем, содержатся в Прейскуранте цен на оказание платных медицинских услуг (далее - Прейскурант), действующем на момент подписания Сторонами Спецификации к Договору. Изменение стоимости оказываемых услуг своевременно доводится до сведения Потребителя.

Перечень и стоимость лекарственных средств, медикаментов, изделий и материалов медицинского назначения, не входящих в стоимость услуги по Прейскуранту, отражаются в соответствующей медицинской и финансовой документации по факту их использования при оказании медицинской помощи Потребителю в соответствии с диагнозом и индивидуальными медицинскими показаниями (противопоказаниями).

На момент подписания настоящего Договора Потребитель ознакомлен с действующим Прейскурантом Исполнителя, понимает содержащуюся в нем информацию и согласен с ценами на медицинские услуги.

/(Потребитель)

(подпись)

1.4. На момент подписания настоящего Договора Потребитель информирован о порядке предоставления и перечне услуг оказания бесплатной медицинской помощи по программе

обязательного медицинского страхования в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и в рамках территориальной (Московской городской) программы обязательного медицинского страхования в Учреждении в порядке очередности. Подписывая настоящий Договор, Потребитель дает свое добровольное согласие на предоставление платных медицинских услуг вне очереди, предусмотренных Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Потребитель уведомлен о том, что оплаченные денежные средства по настоящему Договору не подлежат возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования.

/(Потребитель)

(подпись)

2. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензиями на осуществление медицинской деятельности, порядками, стандартами (в полном объеме порядков и стандартов, либо в объеме, превышающем соответствующий порядок и/или стандарт и/или в виде отдельных медицинских вмешательств – по соглашению сторон) и других документов, в соответствии с действующим законодательством.

2.2. Потребитель предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.

2.3. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

2.4. Потребитель незамедлительно ставит в известность медицинский персонал Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

2.5. Исполнителем после исполнения Договора выдаются Потребителю (законному представителю Потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после оказания платных медицинских услуг.

2.6. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (Приложение № 1 к настоящему Договору), являющегося неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.7. Потребитель дает Исполнителю письменное согласие на обработку необходимых персональных данных Потребителя, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального Закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем своих обязательств по настоящему Договору (Приложение № 2 к настоящему Договору).

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Своевременно и качественно оказывать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора, предоставлять разъяснения и рекомендации о необходимости и способах лечения.

3.1.2. В своей деятельности по оказанию платных медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

3.1.3. Обеспечить Потребителя в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о месте и условиях оказания платных медицинских услуг, режиме работы Исполнителя и Правилах внутреннего трудового распорядка, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

3.1.4. Обеспечить Потребителю непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по письменному требованию Потребителя или его уполномоченного представителя копии этих медицинских документов.

3.1.5. Обеспечить выполнение принятых на себя обязательств по оказанию медицинских услуг силами собственных специалистов.

3.1.6. При предоставлении платных медицинских услуг, обеспечить соблюдение порядка оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. Отказать Потребителю в оказании медицинской помощи, в случае нарушения им условий п.3.3. настоящего Договора.

3.2.2. В одностороннем порядке изменить предварительно определенный объем оказываемых медицинских услуг, в случае, если существует угроза жизни или здоровью Потребителя.

3.2.3. Исполнитель вправе привлекать соисполнителей для оказания медицинских услуг Потребителю, оплата услуг которых будет осуществляться Потребителем по ценам Прейскуранта Исполнителя.

3.3. Потребитель обязуется:

3.3.1. Своевременно оплачивать счета Исполнителя в соответствии с условиями настоящего Договора.

3.3.2. До оказания медицинской помощи информировать медицинский персонал о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

3.3.3. Выполнять Правила внутреннего распорядка, требования и предписания медицинского персонала Исполнителя, как необходимые условия предоставления ему качественной медицинской помощи.

3.3.4. Регулярно выполнять личные санитарно-гигиенические процедуры, направленные на поддержание своего здоровья и санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя.

3.3.5. Бережно относиться к имуществу Исполнителя. В случае причинения ущерба Исполнителю, вследствие утраты или порчи имущества, вызванного действиями или бездействием Потребителя и/или лиц его сопровождающих, Потребитель обязуется в течение 3 (трех) календарных дней возместить Исполнителю действительный нанесенный ущерб в полном объеме.

3.4. Потребитель имеет право:

3.4.1. На выбор лечащего врача с учетом согласия врача.

3.4.2. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. В случаях, когда состояние Потребителя не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах Потребителя решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач. Отказ Потребителя от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается Потребителем или его представителем.

4. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ.

4.1. Стоимость медицинских услуг по настоящему Договору определяется на основании Прейскуранта, действующего на момент подписания сторонами Спецификации (Приложение №3), в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг, утвержденного Исполнителем и согласованного с Потребителем в соответствии с п.1.3. настоящего Договора.

4.2. Прейскурант медицинских услуг в течение срока действия Договора может меняться Исполнителем в одностороннем порядке.

4.3. Стороны пришли к соглашению, что оказание медицинской услуги осуществляется Исполнителем в день подписания сторонами Спецификации (Приложение №3 к Договору), при условии их полной оплаты Потребителем.

В случае, если в Спецификации стороны предусмотрели комплекс медицинских услуг, который не может быть оказан в течение 1 (одного) рабочего дня, день начала оказания услуг должен совпадать с днем согласования Спецификации (Приложение №3) и, соответственно, оплаты данных услуг.

4.4. Оплата по настоящему Договору осуществляется Потребителем путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя, либо путем перечисления в безналичном порядке на счет Исполнителя по реквизитам, указанным в разделе 9 настоящего Договора.

4.5. Срок оказания услуги исчисляется со дня подписания Сторонами Спецификации (Приложение №3) и оплаты указанной в ней услуги.

4.6. Исполнитель разъясняет, а Потребитель понимает, что денежные средства, добровольно затраченные Потребителем в рамках настоящего Договора, возврату через страховую компанию либо из других источников не подлежат, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

5. КОНФИДЕЦИАЛЬНОСТЬ.

5.1. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за медицинской помощью, состоянии здоровья, его диагнозе, иные сведения, полученные Исполнителем при обследовании Потребителя и его лечении, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.2. С согласия Потребителя или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, третьим лицам в интересах обследования и лечения Потребителя.

5.3. Представление сведений, составляющих врачебную тайну, без разрешения Потребителя или его законного представителя, допускается в целях обследования и лечения Потребителя, недееспособного из-за своего состояния здоровья выразить волю, и в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

5.4. Стороны берут взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего Договора.

Конфиденциальной по настоящему Договору признается информация:

- о форме и содержании Договора;
- о ценах на медицинские услуги по настоящему Договору;
- о заболеваниях Потребителя.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.

6.1. Стороны несут ответственность за ненадлежащее исполнение или неисполнение условий настоящего Договора в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.2. Исполнитель несет ответственность за оказанные Потребителю медицинские услуги, включая сохранение врачебной тайны о факте его обращения за медицинской помощью, о состоянии его здоровья и другие сведения в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

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

6.4. Исполнитель не несёт ответственности за качество расходного медицинского материала, приобретённого Потребителем самостоятельно и использованного при его лечении.

6.5. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Потребителем условий настоящего Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

6.6. Потребитель несет ответственность за нарушение условий Договора об оплате услуг в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.7. Потребитель несет ответственность за нарушение условий Договора, связанных с исполнением указаний (рекомендаций) Исполнителя, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.8. В случаях, предусмотренных п. 6.6. – 6.7. настоящего Договора, Исполнитель вправе приостановить проведение лечебно-диагностических мероприятий (за исключением проведения лечения по жизненным показаниям / экстренной помощи).

6.9. Все споры и разногласия, возникшие между Сторонами по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров между Сторонами, а в случае недостижения согласия, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.10. Исполнитель освобождается от ответственности в случаях осложнений и побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Потребителя, а также в случае, если Потребитель не проинформировал Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

6.11. В случае нарушения Потребителем своих обязательств, Исполнитель вправе отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору в одностороннем порядке.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА.

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с _____ 20____ г. и действует в течение одного календарного года, а в части исполнения Сторонами своих обязательств, до полного и надлежащего исполнения Сторонами всех его условий.

7.2. Настоящий Договор может быть изменен, либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, оформленному в виде дополнительного соглашения к настоящему Договору и подписанному Исполнителем и Потребителем, с обязательным предварительным уведомлением друг друга не позднее, чем за 10 (десять) календарных дней.

7.3. Настоящий Договор может быть досрочно прекращен в одностороннем порядке:

- в случае неисполнения одной из Сторон обязательств по настоящему Договору;
- при наступлении обстоятельств, перечисленных в п. 6.6.

7.4. В случае досрочного расторжения Договора по инициативе Потребителя, Потребитель оплачивает Исполнителю фактически оказанные медицинские услуги, а также возмещает фактически понесенные Исполнителем убытки в соответствии с законодательством Российской Федерации.

8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ.

8.1. Настоящий Договор составлен в 2-х экземплярах, которые имеют одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

8.2. Неотъемлемой частью настоящего Договора являются:

Приложение № 1 – Информированное согласие на оказание платных медицинских услуг.

Приложение № 2 – Согласие на обработку персональных данных.

Приложение № 3 – Спецификация (Перечень оказываемых платных услуг)

9. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН.

Исполнитель:

ГБУЗ «ГП № 64 ДЗМ», ИНН 7718104190, КПП 771801001, ОГРН 1027739578404

Местонахождение: 107023, Москва, ул. Малая Семеновская, 13.

Департамент финансов города Москвы (ГБУЗ «ГП № 64 ДЗМ» л/с 2605442000630924)

р/с 03224643450000007300 БИК 004525988 ЕКС 40102810545370000003

Администратор

(м.п.)

_____ /
(подпись)

_____ /
(расшифровка подписи)

Потребитель (Ф.И.О.): _____

Паспортные данные:

Адрес:

Тел.: _____ / _____ /

(подпись)

(расшифровка подписи)

Приложение 1
к договору № _____
от «___» _____ 20___ г.

Информированное добровольное согласие Потребителя на предоставление медицинских услуг на платной основе

Я, _____, являющийся Потребителем в рамках договора об оказании платных медицинских услуг № _____ от _____ 20___ г., заключенного между ГБУЗ «ГП № 64 ДЗМ» и мною, желаю получить медицинские услуги в ГБУЗ «ГП № 64 ДЗМ» (далее - Исполнитель) за плату, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от работников Исполнителя полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг на территории Исполнителя, в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание платных медицинских услуг в ГБУЗ «ГП № 64 ДЗМ».
2. Я выражаю добровольное согласие в получении платных медицинских услуг ГБУЗ «ГП № 64 ДЗМ», в то время как я рассмотрел различные варианты получения медицинских услуг, и то, что мне могут оказать аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе.
3. Я согласен 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, Исполнитель не несет ответственности за их возникновение.
4. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и нескольких видов услуг.
5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен исполнять все назначения, рекомендации и советы медицинского персонала Исполнителя.
6. Я извещен(а) о том, что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств.
7. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с лечащим врачом.
8. Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.
9. Не возражаю против записи медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием – исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.
10. Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении и обязуюсь их соблюдать.
11. Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные мною разъяснения мне понятны. Настоящее информированное согласие подписано мною после проведения предварительной беседы и является приложением к Договору об оказании платных медицинских услуг № _____ от _____ 20___ г., заключенного между ГБУЗ «ГП № 64 ДЗМ» и мною.

Паспортные данные: _____

Место жительства: _____

Тел.: _____

Потребитель: _____

(_____)

(подпись)

ФИО

Приложение № 2
к договору № _____

от «___» _____ 20__

___ г.

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____, являющийся
Потребителем в рамках договора об оказании платных медицинских услуг № _____
от _____ 20__ г., заключенного между ГБУЗ «ГП № 64 ДЗМ» и мною,
желаю получить платные медицинские услуги в ГБУЗ «ГП № 64 ДЗМ» (далее – Исполнитель), при этом мне
разъяснено следующее:

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку Исполнителем моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, контактный телефон, место работы, место жительства, реквизиты моего страхового полиса ДМС и ОМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном Фонде Российской Федерации (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью – в медико – профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Исполнителем мне медицинской помощи, я предоставляю право медицинскому персоналу, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Исполнителя, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Исполнителю право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение, обезличивание, блокирование, уничтожение, передачу в страховые медицинские организации в случае официального запроса в интересах пациента, в т.ч. трансграничную передачу.

Исполнитель вправе обрабатывать мои персональные 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.

Исполнитель в случаях, регламентированных Российским законодательством, имеет право на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Исполнитель имеет право на обработку персональных данных, осуществляемую без использования средств автоматизации.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет 5 (пять) лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие дано мной _____ 20__ г.

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

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мною в адрес Исполнителя по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо лично под расписку представителя Исполнителя. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Исполнитель обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне медицинской услуги.

Паспортные данные: _____

Тел.: _____

Потребитель: _____ (_____)

УТВЕРЖДЕНО
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации от 12.11.2021 N 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. N 390н¹ (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 Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Городская поликлиника №64 Департамента здравоохранения города Москвы»
(полное наименование медицинской организации)

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. N 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. N 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)

"__" _____ 20__ г. (дата оформления)

Приложение №1 к Положению
о порядке предоставления
ГБУЗ «ГП №64 ДЗМ»
платных медицинских услуг

Форма договора на оказание платных медицинских услуг для
физических лиц (заказчик и потребитель разные лица)

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг

г.Москва

_____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская поликлиника № 64 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ГП № 64 ДЗМ») (лицензия на медицинскую деятельность от 26.01.2021 года № Л041-01137-77/00368083, выданная Департаментом здравоохранения города Москвы, г. Москва, Оружейный переулок, д.43, стр.1, т. (499)-251-83-00), _____, именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, в лице _____, действующего на основании доверенности _____, с одной стороны, и гражданин _____ (-ка) _____, именуемый (-ая) в дальнейшем **Заказчик**, с другой стороны, вместе именуемые Стороны и каждый в отдельности Сторона, заключили настоящий договор (далее - Договор) о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. На условиях настоящего Договора Исполнитель по заказу Заказчика обязуется оказывать пациенту

_____ (Ф.И.О., паспортные данные) (далее по тексту – **Потребитель**) на возмездной основе медицинскую помощь (медицинские услуги), отвечающую требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

1.2. Объем оказываемых по настоящему Договору услуг определяется общим состоянием здоровья Потребителя, индивидуальными особенностями организма Потребителя, медицинскими показаниями (противопоказаниями) по лечению выявленных заболеваний (патологий), желанием Потребителя и организационно-техническими возможностями Исполнителя.

1.3. Перечень и стоимость медицинских услуг, оказываемых Исполнителем, содержатся в Прейскуранте цен на оказание платных медицинских услуг (далее - Прейскурант), действующем на момент подписания Сторонами Спецификации к Договору.. Изменение стоимости оказываемых услуг своевременно доводится до сведения Заказчика.

Перечень и стоимость лекарственных средств, медикаментов, изделий и материалов медицинского назначения, не входящих в стоимость услуги по Прейскуранту, отражаются в соответствующей медицинской и финансовой документации по факту их использования при оказании медицинской помощи Потребителю в соответствии с диагнозом и индивидуальными медицинскими показаниями (противопоказаниями).

На момент подписания настоящего Договора **Заказчик** ознакомлен с действующим Прейскурантом Исполнителя, понимает содержащуюся в нем информацию и согласен с ценами на медицинские услуги.

(Заказчик)

(подпись)

(расшифровка подписи)

1.4. На момент подписания настоящего Договора Потребитель и Заказчик информированы о порядке предоставления и перечне услуг оказания бесплатной медицинской помощи по программе обязательного медицинского страхования в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и в рамках территориальной (Московской городской) программы обязательного медицинского страхования в Учреждении в порядке очередности. Подписывая настоящий Договор, Потребитель дает свое добровольное согласие на предоставление платных медицинских услуг вне очереди, предусмотренных Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Потребитель уведомлен о том, что оплаченные денежные средства по настоящему Договору не подлежат возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования.

(Заказчик)

(подпись)

(расшифровка подписи)

(Потребитель)

(подпись)

(расшифровка подписи)

2. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

- 2.1. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензиями на осуществление медицинской деятельности, порядками, стандартами (в полном объеме порядков и стандартов, либо в объеме, превышающем соответствующий порядок и/или стандарт и/или в виде отдельных медицинских вмешательств – по соглашению сторон) и других документов, в соответствии с действующим законодательством.
- 2.2. Потребитель (либо Заказчик) предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.
- 2.3. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
- 2.4. Потребитель незамедлительно ставит в известность медицинский персонал Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.
- 2.5. Исполнителем после исполнения Договора выдаются Потребителю (законному представителю Потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после оказания платных медицинских услуг.
- 2.6. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (Приложение № 1 к настоящему Договору), являющегося неотъемлемой частью настоящего Договора.
- 2.7. Потребитель дает Исполнителю письменное согласие на обработку необходимых персональных данных Потребителя, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального Закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем своих обязательств по настоящему Договору. (Приложение №2 к настоящему Договору)

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

3.1. Исполнитель обязуется:

- 3.1.1. Своевременно и качественно оказывать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора, предоставлять разъяснения и рекомендации о необходимости и способах лечения.
- 3.1.2. В своей деятельности по оказанию платных медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

3.1.3. Обеспечить Потребителя в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о месте и условиях оказания платных медицинских услуг, режиме работы Исполнителя и Правилах внутреннего распорядка, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

3.1.4. Обеспечить Потребителю непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по письменному требованию Потребителя или его уполномоченного представителя копии этих медицинских документов.

3.1.5. Обеспечить выполнение принятых на себя обязательств по оказанию медицинских услуг силами собственных специалистов.

3.1.6. При предоставлении платных медицинских услуг, обеспечить соблюдение порядка оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. Отказать Потребителю в оказании медицинской помощи, в случае нарушения им условий п.3.3. настоящего Договора.

3.2.2. В одностороннем порядке изменить предварительно определенный объем оказываемых медицинских услуг, в случае, если существует угроза жизни или здоровью Потребителя.

3.2.3. Исполнитель вправе привлекать соисполнителей для оказания медицинских услуг Потребителю, оплата услуг которых будет осуществляться Заказчиком по ценам Прейскуранта Исполнителя.

3.3. Заказчик обязуется:

3.3.1. Своевременно оплачивать счета Исполнителя в соответствии с условиями настоящего Договора.

3.3.2. Бережно относиться к имуществу Исполнителя. В случае причинения ущерба Исполнителю, вследствие утраты или порчи имущества, вызванного действиями или бездействием Потребителя и/или лиц его сопровождающих, Заказчик обязуется в течение 3 (трех) календарных дней возместить Исполнителю действительный нанесенный ущерб в полном объеме

3.4. Потребитель обязуется:

3.4.1. До оказания медицинской помощи информировать медицинский персонал о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

3.4.2. Выполнять Правила внутреннего распорядка, требования и предписания медицинского персонала Исполнителя, как необходимые условия предоставления ему качественной медицинской помощи.

3.4.3. Регулярно выполнять личные санитарно-гигиенические процедуры, направленные на поддержание своего здоровья и санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя.

3.5. Потребитель имеет право:

3.5.1. На выбор лечащего врача с учетом согласия врача.

3.5.2. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. В случаях, когда состояние Потребителя не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах Потребителя решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач. Отказ Потребителя от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается Потребителем либо его представителем, а также Заказчиком.

4. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ.

4.1. Стоимость медицинских услуг по настоящему Договору определяется на основании Прейскуранта, действующего на момент подписания сторонами Спецификации (Приложение №3), в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг, утвержденного Исполнителем и согласованного с Потребителем в соответствии с п.1.3. настоящего Договора.

4.2. Прейскурант медицинских услуг в течение срока действия Договора может меняться Исполнителем в одностороннем порядке.

4.3. Стороны пришли к соглашению, что оказание медицинской услуги осуществляется Исполнителем в день подписания сторонами Спецификации (Приложение №3 к Договору) при условии их полной оплаты Заказчиком.

В случае, если в Спецификации стороны предусмотрели комплекс медицинских услуг, который не может быть оказан в течение 1 (одного) рабочего дня, день начала оказания услуг должен совпадать с днем согласования Спецификации (Приложение №3) и, соответственно, оплаты данных услуг.

4.4. Оплата по настоящему Договору осуществляется Заказчиком путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя либо путем перечисления в безналичном порядке на счет Исполнителя по реквизитам, указанным в разделе 9 настоящего Договора.

4.5. Срок оказания услуги исчисляется со дня подписания Сторонами Спецификации (Приложение №3) и оплаты указанной в ней услуги.

4.6. Исполнитель разъясняет, а Заказчик понимает, что денежные средства, добровольно затраченные Заказчиком в рамках настоящего Договора, возврату через страховую компанию либо из других источников не подлежат, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

5. КОНФИДЕЦИАЛЬНОСТЬ.

5.1. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за медицинской помощью, состоянии здоровья, его диагнозе, иные сведения, полученные Исполнителем при обследовании Потребителя и его лечении, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.2. С согласия Потребителя или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, третьим лицам в интересах обследования и лечения Потребителя.

5.3. Представление сведений, составляющих врачебную тайну, без разрешения Потребителя или его законного представителя, допускается в целях обследования и лечения Потребителя, недееспособного из-за своего состояния здоровья выразить волю, и в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

5.4. Стороны берут взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего Договора.

Конфиденциальной по настоящему Договору признается информация:

- о форме и содержании Договора;
- о ценах на медицинские услуги по настоящему Договору;
- о заболеваниях Потребителя.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.

6.1. Стороны несут ответственность за ненадлежащее исполнение или неисполнение условий настоящего Договора в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.2. Исполнитель несет ответственность за оказанные Потребителю медицинские услуги, включая сохранение врачебной тайны о факте его обращения за медицинской помощью, о состоянии его здоровья и другие сведения в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

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

6.4. Исполнитель не несёт ответственности за качество расходного медицинского материала, приобретённого Потребителем или Заказчиком самостоятельно и использованного при его лечении.

6.5. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Потребителем или Заказчиком условий настоящего Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

6.6. Заказчик несет ответственность за нарушение условий Договора об оплате услуг в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.7. Заказчик и Потребитель несут ответственность за нарушение условий Договора, связанных с исполнением указаний (рекомендаций) Исполнителя, данных Потребителю, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.8. В случаях, предусмотренных п. 6.6. – 6.7. настоящего Договора, Исполнитель вправе приостановить проведение лечебно-диагностических мероприятий (за исключением проведения лечения по жизненным показаниям / экстренной помощи).

6.9. Все споры и разногласия, возникшие между Сторонами по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров между Сторонами, а в случае недостижения согласия, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.10. Исполнитель освобождается от ответственности в случаях осложнений и побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Потребителя, а также в случае, если Потребитель не проинформировал Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

6.11. В случае нарушения Потребителем либо Заказчиком своих обязательств, Исполнитель вправе отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору в одностороннем порядке.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА.

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с _____ 20__ г. и действует в течение одного календарного года, а в части исполнения Сторонами своих обязательств, до полного и надлежащего исполнения Сторонами всех его условий.

7.2. Настоящий Договор может быть изменен, либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, оформленному в виде дополнительного соглашения к настоящему Договору и подписанному Исполнителем и Заказчиком, с обязательным предварительным уведомлением друг друга не позднее, чем за 10 (десять) календарных дней.

7.3. Настоящий Договор может быть досрочно прекращен в одностороннем порядке:

- в случае неисполнения одной из Сторон обязательств по настоящему Договору;
- при наступлении обстоятельства, указанного в п. 6.6. Договора.

7.4. В случае досрочного расторжения Договора по инициативе Заказчика, Заказчик оплачивает Исполнителю фактически оказанные медицинские услуги, а также возмещает фактически понесенные Исполнителем убытки в соответствии с законодательством Российской Федерации.

8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ.

8.1. Настоящий Договор составлен в 3-х экземплярах, которые имеют одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон и Потребителю.

8.2. Неотъемлемой частью настоящего Договора являются:

Приложение № 1 - Информированное согласие Потребителя на оказание платных медицинских услуг

Приложение № 2/1 – Согласие Заказчика на обработку персональных данных

Приложение № 2/2– Согласие Потребителя на обработку персональных данных

Приложение № 3 - Спецификация.

9. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН.

Исполнитель:

ГБУЗ «ГП № 64 ДЗМ», ИНН 7718104190, КПП 771801001, ОГРН 1027739578404

Местонахождение: 107023, Москва, ул. Малая Семеновская, 13.

Департамент финансов города Москвы (ГБУЗ «ГП № 64 ДЗМ» л/с 2605442000630924)

р/с 03224643450000007300 БИК 004525988 ЕКС 40102810545370000003

Администратор

(м.п.) _____ / _____ /

(подпись)

(расшифровка подписи)

Потребитель Ф.И.О. _____

Паспортные данные: _____

Адрес: _____

Тел.: _____

(подпись)

(расшифровка подписи)

Заказчик: Ф.И.О. _____

Паспортные данные: _____
 Адрес: _____
 Тел.: _____
 _____ / _____ /
 (подпись) (расшифровка подписи)

Приложение I
 к договору № _____
 от «__» _____ 20__ г

Информированное добровольное согласие Потребителя на предоставление медицинских услуг на платной основе

Я, _____, являющийся
 Потребителем в рамках договора об оказании платных медицинских услуг № _____
 от _____ 20__ г., заключенного между ГБУЗ «ГП № 64 ДЗМ» и
 _____ (Ф.И.О. Заказчика по Договору) желаю получить медицинские услуги в ГБУЗ
 «ГП № 64 ДЗМ» (далее - Исполнитель) за плату, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

12. Я, получив от работников Исполнителя полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг на территории Исполнителя, в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание платных медицинских услуг в ГБУЗ «ГП № 64 ДЗМ».

13. Я выражаю добровольное согласие в получении платных медицинских услуг ГБУЗ «ГП № 64 ДЗМ, в то время как я рассмотрел различные варианты получения медицинских услуг, и то, что мне могут оказать аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе.

14. Я согласен 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, Исполнитель не несет ответственности за их возникновение.

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

16. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен исполнять все назначения, рекомендации и советы медицинского персонала Исполнителя.

17. Я извещен(а) о том, что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств.

18. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с лечащим врачом.

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

20. Не возражаю / возражаю (*ненужное зачеркнуть*) против записи медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием – исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

21. Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении и обязуюсь их соблюдать

22. Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные мною разъяснения мне понятны.

Настоящее информированное согласие подписано мною после проведения предварительной беседы и является приложением к Договору об оказании платных медицинских услуг № _____ от _____ 20__ г., заключенного между ГБУЗ «ГП № 64 ДЗМ» и _____ (Ф.И.О. Заказчика по Договору).

Паспортные данные: _____

Местожительство: _____

Тел.: _____

Потребитель: _____ (_____)

Приложение № 2/1

к договору № _____

от «____» _____ 20__ г.

Согласие Заказчика на обработку персональных данных

Я, _____, являющийся Заказчиком в рамках договора об оказании платных медицинских услуг № _____ от _____ 20__ г., заключенного между ГБУЗ «ГП № 64 ДЗМ» (далее-Исполнитель) и мною, желаю заключить договор на оказание платных медицинских услуг в интересах Потребителя _____ (Ф.И.О. Потребителя медицинских услуг), при этом мне разъяснено следующее:

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку Исполнителем моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, идентификационный номер налогоплательщика (ИНН), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном Фонде Российской Федерации (СНИЛС), контактный телефон, место работы, место жительства, при условии, что их обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять врачебную тайну.

Предоставляю Исполнителю право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (передачу в страховые медицинские организации в случае официального запроса в интересах пациента, в т.ч. трансграничную передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение.

Исполнитель вправе обрабатывать мои персональные 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 и бухгалтерской документации.

Исполнитель в случаях, регламентированных Российским законодательством, имеет право на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Исполнитель имеет право на обработку персональных данных, осуществляемую без использования средств автоматизации.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет 5 (пять) лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие дано мной _____ 20__ г.

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

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мною в адрес Исполнителя по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо лично под расписку представителя Исполнителя. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Исполнитель обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне медицинской услуги.

Заказчик:

Паспортные данные: _____

Местожительство: _____

Тел.: _____

Заказчик: _____ (_____)

Приложение № 2/2
к договору № _____
от « ____ » _____ 20__ г.

Согласие Потребителя на обработку персональных данных

Я, _____, являющийся
Потребителем в рамках договора об оказании платных медицинских услуг № _____
от _____ 20__ г., заключенного между ГБУЗ «ГП № 64 ДЗМ» и _____
(ФИО Заказчика по Договору), желаю получить платные медицинские услуги в ГБУЗ «ГП № 64 ДЗМ»
(далее – Исполнитель), при этом мне разъяснено следующее:

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку Исполнителем моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, , контактный телефон, место работы, место жительства, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью – в медико – профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Исполнителем мне медицинской помощи, я предоставляю право медицинскому персоналу, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Исполнителя, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Исполнителю право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (передачу в страховые медицинские организации в случае официального запроса в интересах пациента, в т.ч. трансграничную передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение (ненужное зачеркнуть).

Исполнитель вправе обрабатывать мои персональные 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.

Исполнитель в случаях, регламентированных Российским законодательством, имеет право на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Исполнитель имеет право на обработку персональных данных, осуществляемую без использования средств автоматизации.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет 5 (пять) лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие дано мной _____ 20__ г.

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

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мною в адрес Исполнителя по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо лично под расписку представителя Исполнителя. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Исполнитель обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне медицинской услуги.

Потребитель:

Паспортные данные: _____

Местожительство: _____

Потребитель: _____ (_____)

УТВЕРЖДЕНО
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации от 12.11.2021 N 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. N 390н² (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 Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Городская поликлиника №64 Департамента здравоохранения города Москвы»
(полное наименование медицинской организации)

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. N 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. N 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)

"__" _____ 20__ г.(дата оформления)