

ДОГОВОР №
на оказание платных медицинских услуг

г. Москва

(дата)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская поликлиника № 23 Департамента здравоохранения города Москвы» (сокращенно ГБУЗ «ГП № 23 ДЗМ»), ИНН 7721244510, ОГРН 1027739093293, имеющее лицензию на медицинскую деятельность регистрационный номер № Л041-01137-77/00343828 от 02.12.2020 г., выданную Департаментом здравоохранения города Москвы, бессрочно, именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице главного врача Гординой Ольги Андреевны, действующей на основании Устава, с одной стороны, и Иванов Иван Иванович, 00.00.0000 г.р., паспорт серия 4500 номер 000000, выдан ГУ МВД РОССИИ ПО Г. МОСКВЕ 00.00.0000 г., зарегистрирован по адресу: Москва г., _____ ул. д. _____, кв. _____, именуемый(ая) в дальнейшем Потребитель, с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор (далее – Договор) о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется по желанию и с согласия Потребителя оказать медицинские услуги на платной основе (далее Услуги), согласно Прейскуранту Исполнителя и на условиях, определенных настоящим Договором.

1.2. Потребитель обязуется оплатить указанные услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором и указываются в Предварительном плане лечения (счёт) (Приложение № 1) и выполнить требования Исполнителя для качественного выполнения Услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.

1.3. Потребитель подтверждает, что согласен на осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

1.4. При необходимости Потребителю могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень и сроки оказания которых согласуются Сторонами в дополнительном соглашении к настоящему Договору.

1.5. Настоящий договор обеспечивает реализацию прав Потребителя на получение платных медицинских услуг в ГБУЗ «ГП № 23 ДЗМ» в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 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. № 1006" и ФЗ № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

1.6. Подписывая Договор, Потребитель подтверждает, что он:

1.6.1. предварительно ознакомился с перечнем и стоимостью оказываемых услуг, порядками, условиями, формами оказания медицинских услуг и их оплаты, с Правилами внутреннего распорядка для пациентов, Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг;

1.6.2. уведомлен, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правилами поведения пациента в клинике Исполнителя.

1.7. Услуги предоставляются при условии подписания Потребителем информированного добровольного согласия. Указанные в настоящем пункте согласия, подписанные Потребителем при заключении Договора, действительны в течение всего срока оказания платных медицинских услуг предоставляемых по настоящему Договору.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе положениями об организации оказания медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, организации медицинской реабилитации, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи.

2.1.2. Обеспечить бесплатный доступ Пациента к сведениям о:

- 1) порядке оказания медицинской помощи и стандартах оказания медицинской помощи, применяемые при предоставлении медицинских услуг;
- 2) данных о конкретном медицинском работнике, предоставляющем медицинские услуги (сведения об образовании и квалификации);
- 3) правилах, порядок и условия предоставления платных медицинских услуг;
- 4) учредительных документах;
- 5) лицензии;
- 6) иных сведений, относящихся к предмету настоящего договора.

2.1.3. Уведомить Потребителя о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «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.

2.1.4. После исполнения Договора выдать Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения.

2.1.5. В случае если при выполнении Услуг потребуется предоставление дополнительных Услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские Услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

2.1.6. Соблюдать врачебную тайну, обеспечить защиту прав Потребителя при обработке его персональных данных (кроме случаев, предусмотренных законодательством РФ). С согласия Потребителя допускается передача персональных данных третьим лицам в интересах лечения Потребителя (Приложение № 5).

2.1.7. В случае невозможности оказать медицинские услуги уведомить об этом Потребителя.

2.1.8. Соблюдать законодательство РФ в части ведения медицинской документации.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Требовать подписания Потребителем Акта об оказании Услуг (Приложение № 2).

2.2.2. Требовать от Потребителя своевременной оплаты за Услуги.

2.2.3. Требовать от Потребителя предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему платных медицинских услуг.

2.2.4. В случае потенциальной угрозы здоровью Потребителя самостоятельно определять объем медицинских услуг, необходимых для оказания медицинской помощи.

2.2.5. Отказать Потребителю в предоставлении платной медицинской услуги при противопоказаниях, с указанием возможных последствий. Отказ оформляется записью в медицинской документации и подписывается Потребителем, а также медицинским работником.

2.2.6. Направлять Потребителя с его согласия в другие медицинские организации или проводить консилиумы со специалистами других медицинских специальностей.

2.2.7. Отказать в оказании платных медицинских и иных услуг Потребителю, находящемуся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

2.2.8. При выявлении у Потребителя противопоказаний к проведению лечебно-диагностических мероприятий отказать ему в их проведении и обеспечить возврат денежных средств, уплаченных Потребителем для оказания этих Услуг.

2.3. Потребитель обязуется:

2.3.1. Сообщить врачам Исполнителя все достоверные сведения о своем состоянии здоровья, хирургических вмешательствах, травмах, хронических и наследственных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях, наличии заболеваний (таких как СПИД, гепатит, туберкулёз) иных получаемых медицинских услугах и приеме лекарственных препаратов.

2.3.2. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

2.3.3. Потребитель обязуется исполнять условия Договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих его исполнению.

2.3.4. Потребитель обязуется исполнять медицинские рекомендации лечащего врача и информировать его о известных Потребителю аллергических реакциях на лекарственные препараты, о перенесенных заболеваниях и возникших вследствие этого осложнениях.

2.3.5. Потребитель обязуется выполнять правила поведения пациента в медицинских организациях.

2.4. Потребитель имеет право

2.4.1. Получать достоверную информацию об условиях предоставления платных услуг, а также о квалификации и сертификации специалистов.

2.4.2. Выбор лечащего врача, с учётом его (врача) согласия, в том числе выбор другого врача, взамен ранее выполнявшего лечение.

2.4.3. Требовать от Исполнителя исполнения обязательств в соответствии с условиями Договора.

2.4.4. Требовать от Исполнителя представления документов в соответствии с условиями Договора, подтверждающих исполнение обязательств.

2.4.5. Потребитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий, о чём вносится запись в медицинскую документацию и подписывается Потребителем, а также медицинским работником.

2.4.6. Получать информацию о состоянии своего здоровья.

2.4.7. Потребитель вправе предъявить претензии Исполнителю по качеству оказанных Услуг в случае доказанной вины Исполнителя в оказании некачественной медицинской помощи и потребовать:

- повторного оказания Услуг;
- соразмерного уменьшения установленной цены за Услугу.

2.4.8. Отказаться от медицинского вмешательства, подписав соответствующий отказ с указанием причины.

Потребитель и Исполнитель обладают иными правами и несут иные обязанности, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

3. УСЛОВИЯ И СРОКИ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

3.1. Перечень оказываемых медицинских услуг указывается в Предварительном плане лечения, являющемся приложением к настоящему Договору, который составляется письменно, и который может изменяться по согласованию сторон и по медицинским показаниям. При внесении изменений в План лечения, Потребитель согласовывает изменение стоимости путем подписания указанного документа. Заключение дополнительного соглашения не требуется.

3.2. При исполнении Договора стороны руководствуются законодательством РФ, регулирующим предоставление платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями, внутренними распорядительными документами ГБУЗ «ГП №23 ДЗМ».

3.3. Исполнитель оказывает Услуги по Договору в здании ГБУЗ «ГП № 23 ДЗМ» и в помещениях Филиалов.

3.4. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и действует в течение всего календарного года. В случае, если ни одна из сторон не заявит о его расторжении за 30 дней окончания календарного года, договор считается пролонгированным еще на 1 (один) календарный год.

3.5. Срок оказания медицинских услуг включается в срок действия настоящего договора и зависит от состояния здоровья Потребителя, периода, необходимого для качественного и безопасного оказания услуг, графика визитов Потребителя, расписания работы врача.

3.6. Медицинские услуги оказываются Потребителю в часы работы Исполнителя:
С понедельника по пятницу с 08.00 до 20.00.

4. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

4.1. Стоимость медицинских услуг, определяется из перечня и объема услуг, определенных в Предварительном плане лечения (счёт) на основании Прейскуранта до подписания настоящего договора.

4.2. Стоимость медицинских услуг считается согласованной при совершении Потребителем одного из следующих действий:

- подписании договора, содержащего указание на наименование услуг и их стоимость,
- подписании плана лечения.

4.3. Потребитель оплачивает Услуги до их выполнения. Исполнитель имеет право не приступать к оказанию медицинских услуг Пациенту до момента оплаты

4.4. Оплата Услуг проводится безналичным расчетом через электронные платежные системы с выдачей Потребителю документа, подтверждающего оплату.

4.5. В случае изменения стоимости оказываемых Исполнителем платных медицинских услуг по Прейскуранту в процессе лечения гарантируется сохранение стоимости услуг по плану лечения до окончания выполнения текущего плана.

4.6. В случае неоказания, оказания услуг ненадлежащего качества и при иных основаниях для возврата денежных средств Исполнитель возвращает Потребителю денежные средства в течение 10 (десяти) дней с момента предъявления требования Потребителем с учетом оплаты фактически оказанных услуг и всех понесенных Исполнителем затрат.

4.7. После оказания очередного этапа услуг Потребитель подписывает Акт об оказании медицинских услуг (Далее «Акт»). В случае несогласия Потребитель обязан предоставить мотивированные возражения. В случае непредоставления мотивированных возражений в течение 3 (трех) календарных дней с момента предоставления Акта, Акт считается подписанным, а услуги принятыми в полном объеме.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с текущим разделом настоящего договора. В случаях, неурегулированных данным разделом, стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ

5.2. 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 законодательством РФ.

5.3. Исполнитель освобождается от ответственности в случае нарушения совершения Потребителем требований п.2.3, настоящего договора, а также при несоблюдении рекомендаций врача, так как данные действия Потребителя препятствуют оказанию безопасной и качественной медицинской помощи и могут снизить качество ранее оказанных услуг

5.4. Нарушение Потребителем правил внутреннего распорядка, предусмотренного для пациентов, невыполнение рекомендаций и назначений врача, появление в клинике

Исполнителя в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также нарушения Потребителем обязательств, предусмотренных условиями настоящего Договора, являются основанием для расторжения договора в одностороннем порядке.

5.5. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

6.1. Договор может быть изменен, дополнен или расторгнут по Соглашению сторон, а также в иных случаях, предусмотренных гражданским законодательством РФ.

6.2. Все изменения к Договору оформляются в письменном виде и подписываются Сторонами.

6.3. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7. РАССМОТРЕНИЕ СПОРОВ

7.1. Стороны договорились об обязательном соблюдении досудебного порядка урегулирования спора. Сторона не согласная с действиями второй стороны направляет ей претензию за 10 дней до даты подачи иска или путем переговоров.

7.2. В случае претензии к качеству услуг Исполнителя, необходимо проведение заседания врачебной комиссии не позднее 10 (десяти) дней с момента получения письменной претензии Потребителя.

7.3. При недостижении согласия сторон в досудебном порядке, споры разрешаются в соответствии с действующим законодательством РФ.

8. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

8.1. Стороны берут на себя обязательства по соблюдению конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении Договора.

9. ОБРАБОТКА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

9.1. При подписании настоящего Договора, Потребитель, в соответствии с требованиями статьи 6 Федерального закона № 152-ФЗ “О персональных данных”, дает свое согласие на обработку персоналом Исполнителя своих персональных данных. (Приложение № 5).

10. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

10.1. Перед подписанием настоящего Договора Потребитель дает свое согласие на получение Услуг (Приложение № 3) и на медицинское вмешательство при получении Услуг (Приложение № 4).

10.2. Все приложения и дополнительные соглашения, указанные в настоящем Договоре и созданные Сторонами в процессе действия Договора, рассматриваются Сторонами как неотъемлемые составные части настоящего Договора.

10.3. Договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон, имеющих одинаковую юридическую силу.

10.4. Во всем, что не предусмотрено Договором, Стороны руководствуются законодательством РФ.

10.5. Подписывая данный Договор, Потребитель подтверждает, что делает это сознательно и добровольно, без принуждения и не под давлением обстоятельств, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения, ознакомлен и согласен с правилами внутреннего распорядка для пациентов, с Прейскурантом оказания медицинских услуг, их перечнем, сроками их оказания и стоимостью, Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг в государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Городская поликлиника № 23 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ГП № 23 ДЗМ»).

11. ПОДПИСИ И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель: ГБУЗ «ГП № 23 ДЗМ»

Адрес: 109431, г. Москва, ул. Авиаконструктора Миля, д. 6, корп. 1, Тел.: 8 (499) 796-05-17, ИНН/КПП 7721244510 / 772101001

Департамент финансов города Москвы (ГБУЗ ГП № 23 ДЗМ, л/с 2605442000900239), казначейский счет 03224643450000007300, р/с 40102810545370000003 в ГУ Банка России по ЦФО//УФК по г. Москве г. Москва, БИК 004525988

Администратор ОПМУ (по доверенности) _____ / _____ /

Заказчик: Иванов Иван Иванович, 00.00.0000 г.р.

Паспорт гражданина РФ 4500 номер 000000, выдан ГУ МВД РОССИИ ПО Г. МОСКВЕ 00.00.0000 г.

Зарегистрирован по адресу: Москва г., _____ ул, д., _____ кв.,
тел.(городск., моб.): +7(900)000-00-00

Потребитель ✓ _____ / Иванов И.И. /

С порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг ознакомлен(а)

✓ _____ / Иванов И.И. /

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ
(СЧЁТ)**

Иванов Иван Иванович 00.00.0000 г.р., именуемый в дальнейшем «Потребитель», с одной стороны,

и Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская поликлиника № 23 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ГП № 23 ДЗМ»), в лице главного врача Гординой Ольги Андреевны действующего(ей) на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель» с другой стороны,

согласовали оказание медицинских услуг по договору на основании настоящего плана лечения:

| № п/п | Код | Наименование услуги | Цена | Кол-во | Скидка | Сумма |
|-------|-----|---------------------|------|--------|--------|-------|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |

Итого:

Итоговая сумма к оплате: _____ рублей _____ копеек

_____ Р

Дата составления: _____

От Исполнителя: Администратор ОПМУ (по доверенности) _____ / _____ /
(подпись)

Пациент: ✓ _____ / Иванов И.И. /
(подпись)

Акт
сдачи-приемки услуг по договору на оказание
платных медицинских услуг № _____

г. Москва

_____ 202__ г.

Иванов Иван Иванович 00.00.0000 г.р., именуемый в дальнейшем «Потребитель», с одной стороны,

и Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская поликлиника № 23 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ГП № 23 ДЗМ»), в лице главного врача Гординой Ольги Андреевны действующего(ей) на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель» с другой стороны,

совместно именуемые в дальнейшем «Стороны», составили настоящий акт сдачи-приемки услуг о нижеследующем:

1. В соответствии с договором об оказании платных медицинских от _____ № _____ (далее – договор) Исполнителем, на основании обращения Потребителя, предоставлены следующие медицинские услуги:

| № п/п | Дата | Наименование услуги | Цена | Кол-во | Сумма | Исполнитель |
|-------|------|---------------------|------|--------|-------|-------------|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |

2. Услуги, перечисленные в п. 1 настоящего Акта, предоставлены в соответствии с требованиями стандартов и требований к медицинским услугам на территории Российской Федерации, а также в соответствии с условиями договора.

3. Услуги, предоставленные в рамках договора, соответствуют/не соответствуют условиям договора.

4. Замечания Потребителя к объему, качеству, срокам предоставления услуг:

5. Настоящий Акт составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один экземпляр для Потребителя, один экземпляр для Исполнителя.

6. Подписи Сторон:

От Исполнителя:
ГБУЗ «ГП № 23 ДЗМ»
Администратор ОПМУ (по доверенности):

Потребитель:
Иванов Иван Иванович

_____/_____/_____
М.П.

✓_____/ Иванов И.И. /

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОКАЗАНИЕ
МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ НА ПЛАТНОЙ ОСНОВЕ**

Я, Иванов Иван Иванович, подтверждаю, что до заключения со мной договора о предоставлении платных медицинских услуг в ГБУЗ «ГП № 23 ДЗМ», в доступной для меня форме доведено следующее:

1. Разъяснены мои права, предусмотренные ст. 19, 21 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Законом Российской Федерации от 07.02.92 N 2300-1 «О защите прав потребителей», Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г. №1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».
2. В соответствии с требованиями ст. 20, 22 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 года, я информирован, что необходимым предварительным условием оказания медицинской помощи является получение добровольного информированного согласия, а также имею право отказаться от получения медицинской помощи, и дал такое согласие.
3. Мне разъяснено мое законное право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальной программы, при соблюдении условий программ, а также положения данных программ.
4. Мне разъяснено право на получение платных медицинских услуг, предоставляемых по моему желанию при оказании медицинской помощи, и платных немедицинских услуг (бытовых, сервисных, транспортных и иных услуг), предоставляемых дополнительно при оказании медицинской помощи, за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров.
5. Платные медицинские услуги оказываются по моему желанию на иных условиях, чем предусмотрено программой, территориальными программами и (или) целевыми программами в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи:
 - на иных условиях, чем предусмотрено программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и (или) целевыми программами;
 - при оказании медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;
 - 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;
 - при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных статьей 21 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 года.
6. Отказ пациента от предлагаемых платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объема оказываемой медицинской помощи, предоставляемых такому пациенту без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
7. Исполнитель уведомляет потребителя (пациента) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.
8. Внимательно прочитав все вышеуказанное, я подтверждаю, что получил исчерпывающую информацию о лечении и его условиях в доступной для меня форме, и выбираю оказание платных медицинских услуг, о чем свидетельствует моя подпись под этим документом

| | |
|----------------------------|---------------------|
| Паспорт гражданина РФ | 4500 000000 |
| серия, номер | |
| ГУ МВД РОССИИ ПО Г. МОСКВЕ | |
| кем выдан | |
| 00.00.0000 | |
| дата выдачи | |
| ✓ | И.И. Иванов |
| подпись | расшифровка подписи |

Подтверждаю, что я довел(а) до пациента полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг в медицинских учреждениях согласно перечню медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Подпись: ✓ _____ / _____ /

Информированное добровольное согласие пациента на виды медицинских вмешательств (при предоставлении платных медицинских услуг)

Я, Иванов Иван Иванович 00.00.0000 года рождения, зарегистрированный по адресу: Москва г.
_____ ул, д. _____, кв. _____

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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ГБУЗ «ГП № 23 ДЗМ».

Медицинским работником: _____

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 и понятно, что процедура забора биологического материала, а также последствия его забора могут быть связаны с возникновением неприятных и/или болевых ощущений во время и после процедуры, включая возможное появление гематомы на месте укола в целях забора крови. Место венепункции, скарификации может стать входными воротами инфекции при несоблюдении пациентом гигиенического режима в области раны в течение первых нескольких дней после процедуры. 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” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, 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)

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

✓

(подпись)

Иванов Иван Иванович

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

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

_____ 202 _____ г.

**Заполняется, если пациент не может самостоятельно прочесть информированное согласие,
но может его подписать**

Информированное согласие прочитано пациенту вслух _____
(Ф.И.О. врача, должность)

Информированное согласие разъяснено и понятно, доведено до пациента в доступной для понимания форме.
Заполнено в моем присутствии:

(подпись) _____ (ФИО, должность)

Удостоверяет присутствующий при беседе (свидетель) врач

(подпись) _____ (ФИО, должность)

Заполняется, если пациент по тяжести состояния не может подписаться из-за когнитивного снижения

(указать, в чем состоит тяжесть)

Не может прочесть и подписать данное согласие.

**Решение об общем плане обследования и лечения принимается коллегиально (консилиумом) – пункты 9, 10
статьи 20 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г.**

Врач _____
(наименование организации)

(подпись) _____ (ФИО)

Врач _____
(наименование организации)

(подпись) _____ (ФИО)

Врач _____
(наименование организации)

(подпись) _____ (ФИО)