**Договор №\_\_**

**на оказание платных медицинских услуг**

**с.Вагай «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023год**

Гражданин(ка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО), именуемый в дальнейшем «Заказчик» («Пациент»), с одной стороны и ГБУЗ ТО «Областная больница №9» (с. Вагай), именуемое в дальнейшем «Исполнитель» («Учреждение»), в лице **кассира Чусовитина Татьяна Александровна, действующей на основании Доверенности №8 от 15.10.2021г.**, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. В соответствии с настоящим договором Исполнитель(Учреждение) обязуется оказать Заказчику (Пациенту) платные медицинские услуги (согласно Приложению №1 к настоящему договору), а Заказчик (Пациент) обязуется принять и оплатить эти услуги в полном объеме.

1.2. Медицинские услуги Исполнитель обязуется оказывать надлежащего качества, в соответствии с Постановлением Правительства РФ №736 от 11.05.2023г. “Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006”, Федеральным законом РФ от 07.02.1992г. №2300-1 «О защите прав потребителей», Федеральный закон от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», требованиями, применяемым к методам диагностики, профилактики и лечению, разрешенными на территории РФ, стандартами медицинской помощи и порядками ее оказания.

1.3. Оказание платных медицинских услуг осуществляется специалистами, указанными в Приложении №2 к настоящему договору. С информацией о профессиональном образовании и квалификации данных специалистов Заказчик (Пациент) ознакомлен в доступной ему форме (Приложение №3 к договору).

1.4. Заказчик (Пациент) в доступной форме до подписания настоящего договора уведомлен о том, что данные медицинские услуги могут быть ему оказаны на бесплатной основе в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи в Тюменской области, и в соответствии с правилами их предоставления, и отказывается от получения ее на бесплатной основе, а также альтернативного вида медицинской помощи на бесплатной основе. (Приложение № 3 к договору).

1.5. Заказчик (Пациент) ознакомлен с Прейскурантом цен на оказание платных медицинских услуг, режимом работы Учреждения и Правилами поведения пациентов и посетителей, которые действуют в Учреждении, и находятся для ознакомления на сайте в сети "Интернет" и на информационных стендах (стойках) в наглядной и доступной форме.

1.6. Подписывая настоящий договор, Заказчик (Пациент) подтверждает, что ему в доступной форме была разъяснена информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи, и его ознакомили с правилами подписания Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства, а так же факторах риска и возможных осложнениях и последствиях отказа от медицинского вмешательства ( Приложение №3), и дает добровольное согласие на медицинское вмешательство (Приложение № 4 к настоящему договору).

1.7. Подписывая настоящий договор, Заказчик (Пациент) подтверждает, что ознакомлен в полном объеме с необходимой и обязательной к ознакомлению информацией: - адреса и телефоны учредителя, 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,

- перечень категорий потребителей, имеющих право на получение льгот, а также перечень льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг,

- сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности, заказчика выписку из единого государственного реестра юридических лиц или единого государственного реестра индивидуальных предпринимателей,

- информацию о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и в Учреждение - согласно Постановлению Правительства РФ №736 от 11.05.2023г. “Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006”. (Приложение №3).

1.8. Платные медицинские услуги оказываются по адресу:

- 626240 Тюменская область, Вагайский район, с.Вагай, ул.Зелёная д.12;

- Дубровинское отделение сестринского ухода, 626244, Тюменская область, Вагайский район, с. Дубровное, ул. Тургенева, д. 1 а;

- Черноковское отделение сестринского ухода, 626256, Тюменская область, Вагайский район, с. Черное, ул. Моссеевой, д. 52.

Договор на платные медицинские услуги заключается и оплачивается по адресу: 626240, Тюменская область, Вагайский район, с.Вагай, ул.Зелёная д.12.

1.9. Медицинская услуга считается оказанной после подписания Акта об оказания услуг (Приложение №5 к договору).

1.10. Сроки оказания услуг в течении 5(пяти) рабочих дней с момента подписания настоящего договора.

**2.**  **Правила и обязанности сторон.**

**2.1. Исполнитель (Учреждение) обязан:**

2.1.1. Предоставить Заказчику (Пациенту) бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемых услугах.

2.1.2. Предупредить Заказчика (Пациента) в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором.

2.1.3. Обеспечивать оказание качественных медицинских услуг Пациенту согласно режиму работы учреждения, Перечню предоставляемых медицинских услуг, в соответствии с методиками их проведения и требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, стандартами медицинской помощи и порядками ее оказания.

2.1.4. В случае возникновения препятствий для выполнения условий настоящего договора, Исполнитель (Учреждение) обязано немедленно извещать об этом Заказчика (Пациента).

2.1.5. В процессе оказания медицинской помощи информировать Заказчика (Пациента) или его представителя о предстоящих основных или дополнительных лечебно-профилактических и прочих процедурах и их стоимости, о необходимых дополнительных объемах медикаментозных препаратов и расходных материалов и их стоимости. Предоставить Пациенту в доступной форме полную информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

2.1.6. Организовать за счет Заказчика (Пациента) и с его согласия необходимые обследования в других медицинских учреждениях, с которыми имеются договорные отношения, при невозможности выполнения таковых силами Учреждения.

2.1.7. Вести медицинскую документацию, и в сроки, предусмотренные нормативными документами, выдавать Заказчику (Пациенту) медицинские документы установленного образца: заключение врача, результаты исследования. Врач, проводящий исследование, уведомляет Пациента о сроке получения результата исследования.

2.1.8. Вести учет вида, объема и качества оказанной медицинской помощи, а также средств, полученных от Пациента, выступать представителем интересов Пациента перед соисполнителем, предоставить Пациенту кассовый чек или иной документ, подтверждающий факт оплаты медицинских услуг.

2.1.9. Гарантировать Заказчику (Пациенту) защиту конфиденциальной информации и неразглашение врачебной тайны.

2.1.10. Ставить в известность Заказчика (Пациента) о предполагаемой сумме дополнительных расходов.

2.1.11. Довести до Заказчика (Пациента) полную и достоверную информацию о медицинском персонале, оказывающем медицинские услуги, о технологии оказания медицинских услуг и возможных осложнениях. при состояниях наркотического или алкогольного опьянения у пациента.

2.1.12. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских 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 от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

**2.2. Учреждение имеет право:**

2.2.1. Устанавливать время, место и условия оказания медицинских услуг, назначать конкретных исполнителей.

2.2.2. Исполнитель вправе самостоятельно определять объем исследований и необходимых действий, направленных на установление верного диагноза и оказания медицинской услуги.

2.2.3. Отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Заказчиком (Пациентом) режима работы Учреждения, назначений лечащего врача и медицинского персонала и нарушении режима работы Учреждения, при отсутствии медицинских показаний и риске нанесения вреда здоровью пациента и при отсутствии оплаты за медицинские услуги в полном объеме.

2.2.4. Отказать в оказании платной медицинской услуги при наличии медицинских противопоказаний со стороны здоровья пациента до устранения причин, либо возвратить денежные средства

2.2.5. Отказать в возврате денежных средств при неоказании или оказании некачественно платной медицинской услуги, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы или иных обстоятельств, предусмотренных законом, а также по вине Заказчика (Пациента).

2.2.6. Отказать в возврате денежных средств, в связи с необоснованностью жалобы (по решению комиссии по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности).

2.2.7. Приостановить выдачу медицинской документации Заказчику (Пациенту) в случае задержки оплаты до разрешения разногласий.

2.2.8. Исполнитель (Учреждение) вправе с уведомлением Заказчика (Пациента) вносить изменения в лечение и провести дополнительное специализированное лечение. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, исполнитель обязан предупредить об этом Заказчика (Пациента).

Без оформления дополнительного соглашения к договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости исполнитель не вправе предоставлять медицинские услуги на возмездной основе.

2.2.8. В случае возникновения неотложных состояний, самостоятельно определять объем медицинской помощи (исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для оказания медицинской помощи) без письменного согласия Заказчика (Пациента). При предоставлении платных медицинских услуг расходы, связанные с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме, возмещаются медицинским организациям в порядке и размерах, которые установлены органами государственной власти субъектов Российской Федерации в рамках территориальных программ в соответствии с пунктом 10 части 2 статьи 81 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

2.2.9. Требовать возмещения материальных потерь с Заказчика (Пациента) в случае причинения им ущерба имуществу медицинского учреждения.

**2.3. Заказчик (Пациент) обязан:**

2.3.1.Информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания услуг. В противном случае весь риск связанных с этим и последствиями несет Заказчик (Пациент).

2.3.2. Выполнить требования, от которых зависит качественное предоставление медицинской помощи (подготовка в соответствии с требованиями и рекомендациями лечащего врача Исполнителя). В случае выявления Исполнителем (Учреждением) ненадлежащей подготовки к оказанию услуг или ее отсутствия Учреждение вправе отказаться от оказания услуг в одностороннем порядке. В ходе оказания услуг выполнять все медицинские указания, рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения, своевременно информировать лечащего врача об изменениях в состоянии здоровья (самочувствии).

2.3.3. Соблюдать режим работы Учреждения и правила поведения пациентов и посетителей.

2.3.4. Оплатить стоимость медицинских услуг, в соответствии с разделом 3 настоящего договора.

2.3.5. Письменно подтвердить, что ознакомлен с информацией, касающейся особенностей данной медицинской услуги и условиями ее предоставления, то есть подтвердить свое «Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство» и «Информированное добровольное согласие пациента на предоставление медицинских услуг на платной основе» на оказание услуги. Добровольное информированное согласие Заказчика (Пациента) является неотъемлемой частью настоящего договора (Приложение № 4 и Приложение №3 к настоящему договору). В случае отказа Заказчика (Пациента) от подтверждения добровольного информированного согласия на оказание услуги Исполнитель (Учреждение) вправе отказаться от оказания услуг в одностороннем порядке.

**2.4.** **Пациент имеет право:**

2.4.1. На предоставление достоверной информации об объеме и качестве медицинской помощи, выполняемой Исполнителем (Учреждением), не вмешиваясь в деятельность Учреждения.

2.4.2. Вправе требовать предоставления услуг надлежащего качества, сведений о наличии лицензии, сертификата и квалификации врача, о расчете стоимости оказанной услуги.

2.4.3. Вправе дать письменное согласие на медицинское вмешательство, либо письменный отказ от медицинского вмешательства, в форме и в порядке, установленной действующим законодательством.

2.4.4. Вправе требовать возмещения денежных средств за оплаченную Заказчиком (Пациентом) медицинскую услугу, которая по тем или иным причинам фактически не была оказана, кроме пунктов 2.2.5 и 2.2.6 настоящего Договора.

2.4.5. Вправе предъявлять требования о возмещении ущерба, в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с действующим законодательством РФ

2.4.6. На выбор врача, оказывающего платные медицинские услуги с учетом согласия врача.

2.4.7. При несоблюдении Исполнителем (Учреждением) обязательств по срокам исполнения услуг, Пациент вправе по своему выбору: назначить новый срок оказания услуги; потребовать исполнения услуги другим специалистом; расторгнуть договор и потребовать возмещения убытков.

**3. Сумма договора. Порядок и форма расчетов.**

3.1. Стоимость медицинских услуг определяется на основании действующего в Учреждении на момент оказания услуг «Прейскуранта цен на оказание платных медицинских услуг».

3.2. Общая сумма договора составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

3.3. Заказчик (Пациент) обязан оплатить оказанную Исполнителем (Учреждением) в полном объеме услугу после ее принятия и подписания Акта выполненных работ. С согласия Пациента услуга может быть оплачена им при заключении договора в полном размере - 100% от стоимости услуг. Оплата осуществляется путем внесения денежных средств в кассу Учреждения; либо по безналичному расчету, перечислением денежных средств на расчетный счет Учреждения.

3.4. В случае оказания дополнительных медицинских услуг, обязательно оформление дополнительного соглашения к настоящему договору, Заказчик (Пациент) осуществляет их оплату в порядке, предусмотренном п.3.3 настоящего договора.

3.5. Кассовый чек, выданный Исполнителем (Учреждением) Заказчику (Пациенту), является неотъемлемой частью настоящего договора. Сумма кассового чека (кассовых чеков) составляет сумму настоящего договора.

**4. Обработка персональных данных**

4.1. В соответствии со ст. 9 ФЗ 152-ФЗ от 27.07.06 г. "О персональных данных", Пациент дает свое согласие на обработку Учреждением своих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, дату рождения, адрес места жительства, ИНН, СНИЛС, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания прочих медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну, которые будут обрабатываться с целью организации взаиморасчетов за оказанные Заказчику (Пациенту) медицинские услуги.

4.2. Персональные данные Заказчика (Пациента) будут обрабатываться способами, включающими в себя: сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, блокирование, уничтожение.

4.3. Подписанием настоящего договора Заказчик (Пациент) дает согласие на обработку своих персональных данных, которое действует бессрочно.

4.4. Заказчик (Пациент) оставляет за собой право отозвать свое согласие в письменной форме, направленное в адрес Учреждения по почте, при этом Исполнитель (Учреждение) обязано прекратить обработку персональных данных в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов.

**5. Ответственность сторон за невыполнение условий настоящего договора**

5.1. За нарушение прав Заказчика (Пациента) Исполнитель (Учреждение) несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством, в том числе законодательством о защите прав потребителей.

5.2. В случае оказания Заказчику (Пациенту) медицинской услуги ненадлежащего качества, подтвержденного результатами врачебной экспертизы, Пациент имеет право:

* по личному заявлению оформить возврат денежных средств в кассе Учреждения;
* безвозмездно (за счет Учреждения) устранить недостатки оказанной услуги (повторно осуществить повторное оказание услуги);
* привлечь Учреждение к иным мерами ответственности в соответствии с действующим законодательством.

5.3 Пациент несет имущественную ответственность за причинение ущерба Учреждению в размере действительной стоимости поврежденного (утраченного) имущества, если такое повреждение (утрата) явилось следствием действий Пациента. В этом случае Пациент также обязан возместить Учреждению возникшие вследствие этого убытки.

5.4. За нарушение санитарно-эпидемиологического режима Учреждения, повлекшее за собой причинение ущерба Учреждению, Пациент обязан возместить причиненные убытки.

5.5. За нарушение рекомендаций Учреждения, отразившихся на ходе оказания услуги, либо делающее невозможным оказание услуги в установленные сторонами сроки, Пациент обязан возместить Учреждению возникшие вследствие этого убытки.

**6. Качество услуги**

6.1. Исполнитель (Учреждение) устанавливает 1 год гарантии на все виды услуг, оказываемых Заказчику (Пациенту) по настоящему договору при условии соблюдения рекомендаций специалистов при получении медицинской услуги.

6.2. При подписании настоящего договора Заказчик (Пациент) соглашается соблюдать рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги и подтверждает, что ему в доступной форме была разъяснена информация по рекомендациям в ходе оказания медицинской помощи, и уведомлен о последствиях и рисках, связанных с несоблюдением вышеуказанных условий, и согласен с тем, что Исполнитель(Учреждение) не несет за это ответственность.

6.3. Заказчик (Пациент) вправе предъявить претензии Исполнителю (Учреждению) по качеству оказанных услуг в пределах гарантийного срока и потребовать либо повторного оказания медицинской услуги, либо соразмерного уменьшения установленной цены за услугу, либо возмещения понесенных им расходов на повторное оказание медицинской услуги третьими лицами.

**7. Порядок разрешения споров**

7.1. Все споры и разногласия, которые могут возникнуть между сторонами из настоящего договора и в связи с его исполнением, будут по возможности разрешаться путем переговоров, руководствуясь действующим законодательством РФ. Срок рассмотрения претензий 10 дней.

7.2. Стороны принимают все необходимые меры для разрешения разногласий, возникших в процессе исполнения условий Договора, путем переговоров. В случае невозможности разрешения споров путем переговоров стороны имеют право обратиться в суд общей юрисдикции в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

**8. Порядок изменения и расторжения договора.**

8.1. Договор может быть расторгнут досрочно, по соглашению сторон, с одновременным возмещением денежных средств за медицинскую услугу, которая по тем или иным причинам фактически не была оказана Пациенту, кроме условий согласно пунктам 2.2.5 и 2.2.6.

8.2. Договор может быть расторгнут в силу форс-мажорных (непреодолимых) обстоятельств, повлекших за собой невозможность продолжения действия договора для Заказчика (Пациента) и Исполнителя (Учреждения) или иных обстоятельств, предусмотренных законом, а также по вине Заказчика (Пациента).

8.3. Договор может быть расторгнут исполнителем (Учреждением) досрочно, при неисполнении Заказчиком (Пациентом) правил поведения пациентов и посетителей Учреждения, нарушении режима работы Учреждения и назначений лечащего врача и медицинского персонала, в случае отказа Заказчика (Пациента) от подтверждения добровольного информированного согласия на оказание услуги, при отсутствии медицинских показаний и риске нанесения вреда здоровью пациента и при отсутствии оплаты за медицинские услуги в полном объеме.

8.4. Все изменения и дополнения к настоящему договору оформляются в виде дополнительного соглашения, в письменной форме, и подписываются обоими сторонами.

**9. Срок действия договора. Прочие условия.**

9.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств по настоящему договору.

9.2. Любые изменения и дополнения к настоящему договору вступают в силу только в том случае, если они оформлены в письменном виде и подписаны обеими сторонами.

9.3. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

9.4. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим договором, стороны будут руководствоваться действующим законодательством РФ.

**10.Адреса и реквизиты сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель** | **Заказчик** |
| ГБУЗ ТО «Областная больница №9» (с. Вагай)  Вагайский район, с.Вагай, ул.Зеленая, 12  ЛС 081131072 ВГЦБ  ИНН 7212001496 КПП 720601001  Р/С 40601810400003000001  Код дохода 00900000000000000130 ДОП ЭК 50300 | **(ФИО)**  **Гражданство:**  **Документ, удостоверяющий личность:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_серия\_\_\_\_\_номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_кем выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подразделение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Адрес регистрации:**  **Телефон:** |
| Представитель по доверенности  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Чусовитина Т.А. | Заказчик \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО)  (подпись пациента) |

Приложение №1 к Договору на оказание

платных медицинских услуг

№\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_2023г.

**Смета на предоставление платных медицинских услуг.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Код услуги | Наименование | Количество, ед. | Цена за единицу услуги, руб. | Стоимость , руб |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Итого** | | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель** | **Заказчик** |
| ГБУЗ ТО «Областная больница №9» (с. Вагай)  Вагайский район, с.Вагай, ул.Зеленая, 12  ЛС 081131072 ВГЦБ  ИНН 7212001496 КПП 720601001  Р/С 40601810400003000001  Код дохода 00900000000000000130 ДОП ЭК 50300 | **(ФИО)**  **Документ, удостоверяющий личность:**  **Адрес:**  **Телефон:** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Представитель по доверенности**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Чусовитина Т.А.** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (**ФИО**) |
|  | (подпись пациента) |

Приложение №2 к Договору на оказание

платных медицинских услуг

№\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_2023г

**Список специалистов, оказывающих медицинскую услугу.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№**  **п/п** | **Должность** | **ФИО** |
| 1 | Кабинет врача-психиатра, врач-психиатр участковый | Левченко Олег Александрович |
| 2 | Кабинет врача ультразвуковой диагностики, врач ультразвуковой диагностики | Баженова Елена Владиславовна |
| 3 | Кабинет врача-терапевта участкового, врач-терапевт участковый | Бакланова Валентина Петровна |
| 4 | Кабинет врача-фтизиатра, врач-фтизиатр, Кабинет врача ультразвуковой диагностики, врач ультразвуковой диагностики | Балакин Юрий Алексеевич |
| 5 | Кабинет врача-терапевта участкового, врач-терапевт участковый | Белоусова Юлия Викторовна |
| 6 | Кабинет врача-дерматовенеролога, врач-дерматовенеролог | Алсултан Тарек АА |
| 7 | Кабинет врача-хирурга, врач-хирург | Токтоматов Махаматкадыр  Сунаталиевич |
| 8 | Кабинет врача-стоматолога, врач стоматолог-хирург, врач-стоматолог-терапевт | Вагнер Вера Андреевна |
| 9 | Кабинет врача-невролога, врач-невролог | Гасанова Ксения Сергеевна |
| 10 | Кабинет врача-кардиолога , врач-кардиолог, зав. отд. мед. профилактики, врач-терапевт | Грибанова Александра Александровна |
| 11 | Кабинет врача-акушера-гинеколога, врач акушер-гинеколог | Долгушина Алина Степановна |
| 12 | Кабинет врача-терапевта участкового, врач-терапевт участковый | Дяченко Екатерина Александровна |
| 13 | Детская консультация, врач-педиатр участковый, врач функциональной диагностики | Ишимцева Елена Владимировна |
| 14 | Кабинет врача-хирурга, врач-хирург | Кармышаков Кашшаф Рафаилович |
| 15 | Черноковское отделение сестринского ухода, врач-терапевт | Катайцев Сергей Валерьевич |
| 16 | Кабинет врача-онколога, врач-онколог | Мещеряков Сергей Александрович |
| 17 | Кабинет врача-стоматолога, врач стоматолог-терапевт | Кулаков Александр Петрович |
| 18 | Кабинет врача-рентгенолога, врач-рентгенолог | Гилева Людмила Андреевна |
| 19 | Кабинет врача-эндокринолога, врач-эндокринолог | Недворова Наталья Сергеевна |
| 20 | Врачебная амбулатория, Дубровинское отделение сестринского ухода, врач-терапевт участковый | Павловская Маргарита Анатольевна |
| 21 | Кабинет врача-хирурга, врач - травматолог-ортопед | Плоткина Валентина Геннадьевна |
| 22 | Поликлиническое отделение, врач-терапевт, врач-профпатолог, врач функциональной диагностики | Полуянова Светлана Ильсуровна |
| 23 | Кабинет врача-стоматолога, врач-стоматолог | Рамазанов Тимур Батретдинович |
| 24 | Кабинет врача-офтальмолога, врач-офтальмолог | Резепин Сергей Петрович |
| 25 | Кабинет врача-физиотерапевта, врач-физиотерапевт | Семионичев Валерий Иванович |
| 26 | Кабинет врача-оториноларинголога, врач-оториноларинголог, Кабинет врач-эндоскописта, врач-эндоскопист, | Семынин Алексей Геннадьевич |
| 27 | Кабинет врача-стоматолога, врач-стоматолог-терапевт | Смирнова Любовь Александровна |
| 28 | Кабинет врача-психиатра-нарколога, врач-психиатр-нарколог | Сухинина Ирина Анатольевна |
| 29 | Палата реанимации и интенсивной терапии, Врач-анестезиолог-реаниматолог, кабинет врача-рентгенолога, врач-рентгенолог | Тунгулин Леонид Владимирович |
| 30 | Кабинет врача ультразвуковой диагностики, врач ультразвуковой  диагностики | Тунгулина Надежда Андреевна |
| 31 | Хирургическое отделение, Заведующий хирургическим отделением врач-хирург | Моисеев Федор Ганижонович |
| 32 | Кабинет врача-акушера-гинеколога, врач акушер-гинеколог | Шатилова Ольга Ивановна |
| 33 | Кабинет врача-терапевта участкового, врач-терапевт участковый | Шевелева Ксения Александровна |
| 34 | Педиатрическое отделение, Заведующий педиатрическим  отделением-врач-педиатр, врач-инфекционист | Кильтау Елизавета Михайловна |
| 35 | Детская консультация, Врач-педиатр участковый | Школьникова Татьяна Федоровна |
| 36 | Отделение медико-социальной помощи, кабинет МПК, медицинский психолог | Юсупова Светлана Станиславовна |

Приложение №3 к Договору на оказание

платных медицинских услуг

№\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_2023г.

ГБУЗ ТО «Областная больница № 9» (с. Вагай)

Главному врачу Грибанову П.Л.

**Информированное добровольное согласие пациента на предоставление медицинских услуг на платной основе**

Я, гражданин(ка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО прописывается собственноручно полностью, паспортные данные)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ до получения платной медицинской услуги в ГБУЗ ТО «Областная больница № 9»(с. Вагай) и до заключения договора оказания платных медицинских услуг в доступной для меня форме, проинформирован(а) о нижеследующем:

- о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы, в рамках реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, принятой на текущий год, как в ГБУЗ ТО «Областная больница № 9»(с. Вагай), так и в других медицинских организациях Тюменской области.

- о перечне платных медицинских услуг, предоставляемых ГБУЗ ТО «Областная больница № 9»(с. Вагай) (Исполнитель), о ценах на платные услуги, условиях, форме и порядке их предоставления и оплаты;

-о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, уровне их профессионального образования и квалификации;

- мне предоставлена вся необходимая информация об учреждении, в том числе, о режиме работы учреждения, графике работы медицинских работников;

- о контролирующих органах, как по надзору в сфере здравоохранения, так и в сфере защиты прав потребителей (их адреса и телефоны), иная информация, предусмотренная правилами предоставления платных медицинских услуг.

- мне предоставлены актуальные сведения о лицензиях ГБУЗ ТО «Областная больница № 9»(с. Вагай) на осуществление медицинской деятельности, я ознакомлен(а) с перечнем работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензиями;

- я информирован(а) о целях, характере, факторах риска и возможных осложнениях при оказании платных медицинских услуг

- я предупрежден(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- я информирован(а), что отказ потребителя от заключения договора оказания платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы ОМС.

- мною добровольно, своей волей и в своем интересе, без какого-либо принуждения, выбраны виды платных услуг, которые я хочу получить в ГБУЗ ТО «Областная больница № 9»(с. Вагай), я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом на платные медицинские и иные платные услуги ГБУЗ ТО «Областная больница № 9»(с. Вагай) и согласен (-на) их оплатить в соответствии с ним.

Я, получив полную информацию о возможности и условиях оказания пациенту бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС, хочу воспользоваться своим правом на получение платных медицинских и иных услуг в соответствии со статьей 84 Федерального закона от 21.11. 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю свое согласие на их получение и готов (а) их оплатить.

Я удостоверяю, что текст настоящего информированного согласия мною прочитан, его положения мне понятны, я даю свое согласие на получение и оплату платных медицинских и иных платных услуг в ГБУЗ ТО «Областная больница № 9»(с. Вагай) и на заключение договора на оказание платных медицинских и иных услуг.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись потребителя/ законного представителя/заказчика) (расшифровка подписи)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г.

Приложение №4 к Договору на оказание

платных медицинских услуг

№\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_2023г

**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)

|  |
| --- |
| *Раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан*  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 390н (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), а именно:* о*прос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование, антропометрические исследования, термометрия, тонометрия, неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций, неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций, исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы), лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические, функциональные методы обследования, в том числе электрокардиогафия, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных), рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования, введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно, медицинский массаж, лечебная физкультура.*

в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ГБУЗ ТО «Областная больница №9» (с.Вагай) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(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 2\_г.

(дата оформления)