


ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ  
«Т.Ц.М-1»

<b>УТВЕРЖДАЮ</b>	<b>Порядок предоставления платных медицинских услуг</b>
 _____ О.В. Мазова	<b>Введен в действие приказом</b> от « <u>02</u> » <u>04</u> 201 <u>8</u> г. № <u>16</u>




**Порядок предоставления платных медицинских услуг**  
**в медицинском центре ООО «Т.Ц.М-1»**

1. Настоящий порядок разработан в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 N 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».
2. Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.
3. В случае если федеральным законом, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг, качество предоставляемых платных медицинских услуг должно соответствовать этим требованиям.
4. Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги с использованием современных методов диагностики и лечения, в объеме, согласованном сторонами в договоре. Если при предоставлении платных медицинских услуг требуется оказание на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом
5. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии подписанного согласия на обработку персональных данных, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о персональных данных.
6. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии подписанного информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.
7. Исполнитель предоставляет потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию и 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;
  - об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.
  - о месте оказания медицинских услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.
8. Платные медицинские услуги оказываются квалифицированным медицинским персоналом.
9. Исполнитель обязан при оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.
10. Исполнитель обязан в доступной форме информировать Потребителя о выявленном состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболеваний, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске,

возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения, с учетом согласия Заказчика на получение данной информации и в соответствии с действующим законодательством

11. При необходимости Исполнитель вправе рекомендовать Пациенту установить наличие противопоказаний к медицинскому вмешательству до начала оказания отдельных услуг;
12. В случае обнаружения заболеваний у Пациента, о которых не было известно при подписании договора, Исполнитель поставит в известность Пациента о наличии таковых и вправе предлагать методы дальнейшей диагностики и лечения с учетом имеющихся у Пациента противопоказаний.

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ  
«Т.Ц.М-1»

<b>УТВЕРЖДАЮ</b>	<b>Условия предоставления платных медицинских услуг</b>
Директор  _____ <b>О.В. Мазова</b>	<b>Введены в действие приказом</b> от « <u>02</u> » <u>04</u> 201 <u>8</u> г. № <u>16</u>



**Условия предоставления платных медицинских услуг**  
**в медицинском центре ООО «Т.Ц.М-1»**


1. Настоящие условия разработаны в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 N 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».
2. При заключении договора потребителю (заказчику) предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - соответственно программа, территориальная программа).
3. При предоставлении платных медицинских услуг допускается:
  - а) применение лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, а также применение медицинских изделий, не предусмотренных стандартами медицинской помощи;
  - б) предоставление медицинских услуг анонимно (без предъявления Пациентом документа, удостоверяющего личность) за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;
  - в) 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;
  - г) при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных статьей 21 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», и случаев оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и медицинской помощи, оказываемой в неотложной или экстренной форме.
4. Цены на медицинские услуги, предоставляемые в лечебно-диагностическом центре ООО «Т.Ц.М-1» представлены в Прейскуранте.
5. При предоставлении платных медицинских услуг должны соблюдаться порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.
6. Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.
7. Платные медицинские услуги оказываются в соответствии с обязательными требованиями нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи.
8. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии подписанного информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, данного

в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

9. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии подписанного согласия **на обработку персональных данных**, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о персональных данных.
10. При заключении договора Потребителю (заказчику) предоставлена в доступной форме информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:
  - а) порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;
  - б) информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
  - в) информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
  - г) другие сведения, относящиеся к предмету договора.
11. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии оплаты, а также на условиях оплаты, установленных договором.



ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ  
«Т.Ц.М-1»

<b>УТВЕРЖДАЮ</b>	Форма Договора об оказании платных медицинских услуг ООО «Т.Ц.М-1.»
Директор  О.В. Мазова	Введен в действие приказом от «02» 04 2018 г. № 16



№ амбул. Карты \_\_\_\_\_

**ДОГОВОР №**

оказания платных медицинских услуг

г. Севастополь

« » 2017г.

Общество с ограниченной ответственностью «Т.Ц.М-1», ОГРН 1149204012748 (лицензия № ЛО-92-01-000100., выдана 04.12.2017 г.), именуемое в дальнейшем «Исполнитель» в лице директора, действующего на основании Устава, Лицензии/Уведомление № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ на осуществление медицинской деятельности, выданной(ое)

с одной стороны, и

**Потребитель**

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_ года рождения, паспорт серии \_\_\_\_\_

№ \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_,

проживающий(ая): \_\_\_\_\_,

от имени которого действует Законный представитель, либо который действует с согласия законного представителя (мать, отец, опекун, попечитель - нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество законного представителя)

\_\_\_\_\_ года рождения, паспорт серии \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_

Проживающий(ая): \_\_\_\_\_,

действующий на основании: <sup>1</sup> \_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем "Потребитель",

**Заказчик**

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество / наименование юридического лица)

именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель (Заказчик)», с другой стороны, далее при совместном упоминании – «Стороны», руководствуясь требованиями действующего законодательства, заключили настоящий договор о нижеследующем:

<sup>1</sup> Полномочия законного представителя подтверждаются: родителями – паспортом и свидетельством о рождении ребенка, усыновителями – документом (свидетельством) об усыновлении, опекунами и попечителями – документами, выданными им органами местного самоуправления

## **1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1 Потребитель (Заказчик) поручает, а Исполнитель выполняет на возмездной основе медицинские услуги (далее по тексту договора «Услуги») в соответствии с Перечнем работ (услуг), согласно лицензии, на осуществление медицинской деятельности (Приложение № 1 к настоящему договору), а Потребитель (Заказчик) обязуется своевременно оплатить оказанные медицинские услуги в порядке и размере, установленным настоящим договором.

1.2 Потребитель (Заказчик) подтверждает, что на момент подписания настоящего договора Исполнитель уведомил его в доступной форме о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Подписав настоящий договор, Потребитель (Заказчик) добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

1.3 В случае изменения срока оказания медицинских услуг, Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора.

1.4 До заключения договора Потребитель (Заказчик) уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, а также употребления спиртных напитков, наркотических средств, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя (Заказчика).

(подпись Потребителя, Заказчика, Законного представителя)

## **2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

2.1 Оказание медицинских услуг осуществляется в соответствие с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения РФ.

2.2 Условия оказания платных медицинских услуг содержатся в п.п. 1.2, 4.2.1, 5.3.4, 5.3.6. и разделе 3 настоящего договора, а также в Постановлении Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006.

2.3 Порядок оказания платных медицинских услуг сформулирован в п.п 4.2.1.-4.2.18. настоящего договора, а также в Постановлении Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006.

2.4 Место оказания медицинских услуг по настоящему Договору и режим работы Исполнителя:

- 1.) г. Севастополь, пр-кт Генерала Острякова д.64 помещ. VI; пн-пт с 8.00 до 18.00, суб. с 8.00-14.00, вс-выходной.
- 2.) г. Севастополь, пр-кт Генерала Острякова, д.155 «З», пн-пт с 8.00 до 18.00, суб., вс-выходной.

2.5 Оказание медицинских услуг осуществляется в порядке предварительной записи, через регистратуру Исполнителя, посредством телефонной связи.

## **3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ**

3.1 Стоимость услуг по настоящему договору определяется в соответствие с Прейскурантом Исполнителя и (или) сметой платных медицинских услуг, действующим на момент оказания услуги. Ознакомиться с Прейскурантом можно на сайте Исполнителя или в регистратуре Исполнителя.

3.2 Объем, стоимость и сроки оказанных медицинских услуг отражаются в Перечне медицинских услуг (Приложение № 2 к настоящему договору).

3.3 Оплата медицинских услуг по настоящему договору осуществляется Потребителем (Заказчиком) путем внесения наличных денежных средств в кассу

Исполнителя либо безналичным расчетом - через карт-терминал в день оказания Услуг. Либо перечислением денежных средств на расчетный счет Исполнителя, указанный в настоящем Договоре, не позднее двух дней до момента начала оказания платных медицинских услуг. Оплата медицинских услуг по лабораторной диагностике осуществляется путем 100% предоплаты услуг.

3.4 Факт исполнения настоящего договора оформляется Актом оказанных медицинских услуг, подписанным обеими сторонами, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора (Приложение № 3 к настоящему договору)

3.5 Факт оказания медицинской услуги пациенту подтверждается первичной медицинской документацией и актом выполненных работ. В случае не подписания акта и отсутствия претензий со стороны Потребителя (Заказчика) /пациента/ по качеству и объему оказанных услуг в течение 10 календарных дней с даты оказания услуги Пациенту, услуги считать оказанными надлежащим образом и приняты Потребителем (Заказчиком) в полном объеме.

3.6 При прекращении оказания медицинских услуг по инициативе Потребителя (Заказчика), Потребитель (Заказчик) обязуется оплатить Исполнителю фактически понесенные расходы.

3.7 В случае невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Потребителя (Заказчика), в том числе, в связи с несоблюдением Потребителем (Заказчиком) статьи 27 «Обязанности граждан в сфере охраны здоровья» 323-ФЗ РФ, при нарушении им медицинских предписаний, правил внутреннего распорядка, установленного лечебно-охранительного режима и др., стоимость оказанных медицинских услуг подлежит оплате в полном объеме.

#### **4. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

4.1. *Потребитель (Заказчик) обязан:*

4.1.1 своевременно оплачивать стоимость услуг согласно Прейскуранту в размере и в сроки, установленные настоящим договором;

4.1.2 предоставлять Исполнителю полную информацию и документы (копии документов), касающиеся состояния своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения, которыми он располагает на момент заключения настоящего договора, и предоставлять указанную информацию в течение действия настоящего договора;

4.1.3 ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему договору.

4.1.4 во время нахождения на территории Исполнителя выполнять Правила внутреннего распорядка, лечебно-охранительный режим, установленные Исполнителем, с которыми он вправе ознакомиться в любое время на сайте Исполнителя, информационных стендах или запросив в регистратуре Исполнителя;

4.1.5 выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов Исполнителя за исключением случаев, указанных в подпункте 5.3.3. настоящего договора;

4.1.6 информировать специалистов Исполнителя, о невыполнении сделанных ими назначений, и причинах этого;

4.1.7 в случае окончательного отказа от медицинских услуг (части услуг) Исполнителя уведомлять последнего об этом в письменной форме и дать соответствующий информированный добровольный отказ;

4.1.8 заблаговременно информировать Исполнителя о необходимости отмены и/или изменении назначенного ему времени получения медицинской услуги. В случае отсутствия предварительного уведомления Потребителем (Заказчиком) Исполнителя о невозможности прибыть в установленное время для получения медицинской услуги и/или опоздания Потребителя (Заказчика) более чем 10 (десять) минут с момента начала оказания медицинской услуги, Исполнитель оставляет за собой право перенести оказание Потребителю (Заказчику) медицинской услуги на иное время.



4.1.9 надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению настоящего Договора.

4.2. *Исполнитель обязан:*

4.2.1. предоставлять Потребителю (Заказчику) платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых услуг, разрешенных лицензией Исполнителя, качество которых соответствует стандартам оказания медицинской помощи;

4.2.2. в доступной форме информировать Потребителя (Заказчика) о выявленном состоянии его здоровья, включая необходимую и достоверную информацию, обеспечивающую возможность правильного выбора сведения о результатах обследования, наличии заболеваний, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения, с учетом согласия Потребителя (Заказчика) на получение данной информации и в соответствии с действующим законодательством;

4.2.3. согласовать с Потребителем (Заказчиком) характер и объем услуг, предоставив ему необходимую и достоверную информацию, обеспечивающую возможность правильного выбора характера и объема услуг (сведения о соответствии имеющимся стандартам, свойствам оказываемых услуг, противопоказаниях, рисках, прогнозах и т.п.);

4.2.3. в случае обнаружения заболеваний у Потребителя (Заказчика), о которых не было известно при подписании договора, предложить методы дальнейшей диагностики и лечения с учетом имеющихся у Потребителя (Заказчика) противопоказаний;

4.2.4. рекомендовать Потребителю (Заказчику) обратиться в другую медицинскую организацию, если Лицензия Исполнителя не позволяет ему осуществлять производство тех услуг, необходимость которых выявилась в процессе исполнения настоящего договора;

4.2.5. поддерживать необходимый санитарно-гигиенический и противоэпидемический порядок на своей территории;

4.2.6. предоставлять информацию о месте оказания медицинских услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их цен в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты;

4.2.7. предоставлять сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов;

4.2.8. в течение действия настоящего договора вести учет оказанных Потребителю (Заказчику) услуг. В течение трех дней, после письменного требования Потребителя (Заказчика), предоставить отчет об оказанных медицинских услугах;

4.2.9. вести медицинскую документацию и отчетность, касающуюся состояния здоровья Потребителя (Заказчика), в установленном законодательством РФ и нормативными актами Министерства здравоохранения РФ порядке и сроки;

4.2.10. обеспечить режим конфиденциальности в соответствии с законодательством РФ о врачебной тайне;

4.2.11. в полном объеме информировать Потребителя (Заказчика), его поверенного или законного представителя о выявленном состоянии его здоровья с учетом письменного согласия Потребителя (Заказчика) на получение данной информации в соответствии с действующим законодательством РФ;

4.2.12. обеспечить Потребителю непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающее состояние его здоровья, а также в течение десяти календарных дней с даты письменного заявления предоставить Потребителю (Заказчику), его поверенному или законному представителю на основании доверенности заверенные копии требуемых документов, касающихся состояния здоровья Потребителя (Заказчика) и исполнения настоящего договора;

4.2.13. информировать Потребителя (Заказчика) (по возможности – письменно и под расписку Потребителя (Заказчика) о рисках предстоящих медицинских процедур;

4.2.14. извещать Потребителя (Заказчика) о необходимости оказания дополнительных



медицинских услуг и осуществлять их только на основании его согласия.

4.2.15. предоставлять Потребителю (Заказчику) кассовый чек/чек пробитый через платежный терминал, или копию бланка строгой отчетности, подтверждающих прием оплаты от Потребитель (Заказчика) наличных денежных средств/по безналичному расчету через платежный терминал в кассу Исполнителя.

4.2.16. при заключении договора по требованию Потребителя (Заказчика) предоставлять в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:

а) порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;

б) информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

в) информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

4.2.17. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя (Заказчика) при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

4.2.18. обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему договору;

## 5. ПРАВА СТОРОН

### 5.1. Требование исполнения обязательств.

Обязательства одной стороны дают другой стороне право требовать исполнения этих обязательств в полном объеме в соответствии с условиями настоящего договора и действующего законодательства РФ. Если есть основания полагать, что обязательства не исполняются должным образом, то требование об исполнении обязательств, может быть заявлено стороной, считающей, что обязательства другой стороной не выполняются, в устной форме. Если устное требование не удовлетворено в течение трех дней, оформить его в письменном виде и направить другой стороне. Если письменное требование не удовлетворено в течение десяти календарных дней с даты его фактического получения другой стороной, спор подлежит рассмотрению в судебном порядке.

### 5.2. Исполнитель имеет право:

5.2.1. при выявлении у Потребителя (Заказчика) противопоказаний к проведению лечебных и диагностических мероприятий в одностороннем порядке отказаться от их проведения, о чем производится соответствующая запись в первичной медицинской документации, под которой Потребитель (Заказчик) ставит свою подпись.

5.2.2. в случае отказа Потребителя (Заказчика) от услуг, которые могли бы, по мнению Исполнителя, уменьшить или снять опасность для его здоровья, получить от него соответствующий документ об отказе от медицинской услуги;

5.2.3. отказать от предоставления услуг Потребителю (Заказчику) в случаях, если тот хотя бы дважды безосновательно отказался от назначений специалистов (врачей) Исполнителя;

5.2.4. отказать от предоставления услуг Потребитель (Заказчику) в случаях нарушения им условий п.4.1. настоящего договора;

Потребитель (Заказчик) не имеет право предъявлять какие-либо требования Исполнителю, если такие требования явились прямым следствием неисполнения и/или ненадлежащего исполнения условий настоящего Договора Потребителем (Заказчиком), отказом Потребителя (Заказчика) от выполнения рекомендаций Исполнителя и/или их ненадлежащим исполнением, включая досрочное, по инициативе Потребителя (Заказчика)

прекращение получения медицинских услуг.

5.3. *Потребитель (Заказчик) вправе:*

5.3.1. назначить поверенного или законного представителя для предоставления своих интересов, выписав для этого надлежащим образом оформленную доверенность;

5.3.2. досрочно расторгнуть настоящий договор, осуществив при этом окончательный расчет за фактически оказанные Исполнителем услуги;

5.3.3. отказаться от выполнения медицинских назначений специалистов (врачей) Исполнителя, если обнаружит, что эти назначения ухудшают или могут ухудшить его здоровье. В этом случае Потребитель (Заказчик) сообщает специалистам Исполнителя о своем отказе и его причинах, о чем Исполнитель вносит соответствующую запись в медицинскую документацию Потребителя (Заказчика), а также оформляет информированный добровольный отказ Потребителя (Заказчика);

5.3.4. получать медицинские услуги в соответствии с обязательными требованиями порядков оказания медицинской помощи, стандартов и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи.

5.3.5. получать имеющуюся у Исполнителя информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах его обследования; наличии заболевания; диагнозе и прогнозе; методах лечения и связанных с ними рисках возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения;

5.3.6. дать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказаться от него в отношении услуг, включенных 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;

5.3.7. иные права пациента, предусмотренные федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации, законом РФ от 07.02.1992г. № 2300-1 «О защите прав потребителей» и иными нормативно-правовыми актами РФ.

## **6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

6.1. За неисполнение и/или ненадлежащее исполнение принятых на себя обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение и/или ненадлежащее исполнение медицинской услуги, если докажет, что данное неисполнение и/или ненадлежащее исполнение медицинской услуги произошло вследствие обстоятельств непреодолимой силы, не исполнение Потребителем (Заказчиком) условий настоящего договора, или по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

6.3. При неисполнении Потребителем (Заказчиком) своих обязательств по настоящему договору Исполнитель не несет ответственности за качество предоставленных услуг.

6.4. Потребитель (Заказчик) ознакомлен с тем, что, поскольку побочные явления и осложнения возникают вследствие биологических особенностей организма и используемая технология оказания медицинской помощи не может исключить их вероятность, Исполнитель не несет ответственности за наступление осложнений, если медицинская услуга была оказана с соблюдением всех необходимых требований.

## **7. СРОК ДЕЙСТВИЯ, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**

7.1. Настоящий договор вступает в силу с даты его подписания сторонами и действует в течение одного года. Договор автоматически пролонгируется на каждый следующий год, если иное не заявлено любой из Сторон за один месяц до истечения срока его действия.

7.2. Договор может быть прекращен до истечения его срока путем подписания сторонами соглашения о расторжении договора.

7.2.1. в случае досрочного расторжения настоящего договора Потребитель (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически оказанные услуги.

## **8. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТОВ**

8.1. Если одна из сторон считает, что выполнила обязательства по договору, а другая не выполнила, и при этом соблюдены условия пункта 5.1. настоящего договора, - возникает конфликт, разрешаемый в соответствии с условиями настоящего договора.

8.2. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, Стороны будут стремиться решить путем переговоров.

8.3. При невозможности разрешения спора путем переговоров, Сторона, чье право нарушено, направляет другой Стороне претензию. Срок рассмотрения претензии и добровольного исполнения обязательств составляет 10 дней с даты фактического получения претензии адресатом.

8.4. При отсутствии ответа на претензию в установленный срок, либо несогласии исполнить обязательство, спор подлежит разрешению в судебном порядке.

## **9. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

9.1. Потребитель (Заказчик) не возражает против привлечения третьих лиц для оказания отдельных видов услуг. Ответственность за услуги, оказанные посредством привлечения третьих лиц несет Исполнитель по настоящему договору.

9.2. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

9.3. Стороны считают данный договор и копии с него конфиденциальной информацией и принимают на себя обязательство не передавать ни оригинал договора, ни его копии третьим лицам, за исключением случаев, установленных законом.

9.4. Настоящий договор может быть изменен или дополнен только по обоюдному согласию Сторон, путем оформления дополнительного соглашения, подписанного сторонами. Все дополнения, изменения и приложения к настоящему Договору являются его неотъемлемой частью.

9.5. Договор составлен в двух/трех экземплярах(нужное подчеркнуть), имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой Стороны.

9.6. Неотъемлемые части договора: Перечень работ (услуг), согласно лицензии на осуществление медицинской деятельности (Приложение № 1), Перечень медицинских услуг «Вид, стоимость услуг и сроки их оказания» (Приложение № 2), Акт оказанных медицинских услуг (Приложение № 3), Дополнительное соглашение к Договору об оказании платных медицинских услуг.

9.7. Потребитель (Заказчик) при подписании данного договора получил Памятку Пациента.

---

(подпись Потребителя, Заказчика, Законного представителя)





Перечень работ (услуг), согласно лицензии /Уведомлению, на осуществление медицинской деятельности

299029, Российская Федерация, г. Севастополь, пр-т Генерала Острякова, д. 64, помещ. 1

1. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

- акушерскому делу
- организации сестринского дела
- сестринскому делу
- рентгенологии
- сестринскому делу в педиатрии

2) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

- организации здравоохранения и общественному здоровью
- педиатрии
- терапии

3) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

- акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)
- детской хирургии
- детской урологии-андрологии
- детской эндокринологии
- профпатологии
- психиатрии
- психиатрии-наркологии
- рентгенологии
- травматологии и ортопедии

2. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги):

1) при проведении медицинских осмотров по:

- медицинским осмотрам (предварительным, периодическим)
- медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым)
- медицинским осмотрам профилактическим;

2) при проведении медицинских освидетельствований:

- медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством;
- медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием;

3) при проведении медицинских экспертиз по:

- экспертизе временной нетрудоспособности
- экспертизе качества медицинской помощи
- экспертизе профессиональной пригодности

299029, г. Севастополь, пр-т Генерала Острякова, д. 64, помещ. 1

1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

- анестезиологии и реаниматологии
- операционному делу

- сестринскому делу

- физиотерапии

- функциональной диагностике

2) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

- анестезиологии и реаниматологии

- гастроэнтерологии

- гематологии

- дерматовенерологии

- кардиологии

- неврологии

- онкологии

- организации здравоохранения и общественному здоровью

- оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации)

- офтальмологии

- ревматологии

- травматологии и ортопедии

- хирургии

- ультразвуковой диагностике

- урологии

- функциональной диагностике

- эндокринологии

- эндоскопии

3) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по:

- терапии

4) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по:

- неврологии

299055, г. Севастополь, пр-т Генерала Острякова, д.155 «З»

1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

- вакцинации (проведению профилактических прививок)

- медицинскому массажу

- сестринскому делу

- сестринскому делу в педиатрии

- физиотерапии

- функциональной диагностике

2) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

- вакцинации (проведению профилактических прививок)

- организации здравоохранения и общественному здоровью

- педиатрии

- терапии

3) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

- неврологии





**Акт**  
Оказанных медицинских услуг

г. Севастополь

« » 20\_\_

**Потребитель** \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)  
года рождения, паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_,  
проживающий  
(ая): \_\_\_\_\_, от имени  
которого действует Законный представитель, либо который действует с согласия законного представителя  
(мать, отец, опекун, попечитель - нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество законного представителя)  
года рождения, паспорт серии \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_  
Проживающий (ая): \_\_\_\_\_,  
действующий на основании: \_\_\_\_\_,

**Заказчик** \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество / наименование юридического лица)  
именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель (Заказчик)» с одной стороны, и

Общество с ограниченной ответственностью «Т.Ц.М-1», ОГРН1149204012748 (лицензия № ЛО-92-01-000100., выдана 04.12.2017 г.), именуемое в дальнейшем «Исполнитель» в лице директора, действующего на основании Устава, с другой стороны,  
составили настоящий Акт (отчет) оказанных медицинских услуг (далее - Акт) по Договору оказания платных медицинских услуг N \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г. (далее по тексту - Договор) о нижеследующем:

1. Во исполнение п. 1.1 Договора Исполнитель в период с «\_\_» \_\_\_\_\_ г. по «\_\_» \_\_\_\_\_ г. выполнил обязательства по оказанию медицинских услуг, а именно оказал Потребителю (Заказчику) услуги по следующему перечню:

Код услуги	Наименование услуги	Количество услуг	Стоимость	Сроки оказания

2. Медицинские услуги выполнены полностью и в срок. Потребитель (Заказчик) претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.


3. Согласно Договору общая стоимость оказанных услуг составляет \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) руб. \_\_\_\_\_ коп. НДС не облагается.

4. Настоящий Акт составлен в двух экземплярах, по одному для Исполнителя и Потребителя (Заказчика).





ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ  
«Т.Ц.М-1»

<b>УТВЕРЖДАЮ</b>  Директор <b>О.В. Мазова</b>	<b>Порядок заключения договора на оказание платных медицинских услуг</b>  Введен в действие приказом от « <u>02</u> » <u>04</u> 201 <u>8</u> г. № <u>16</u>
---	--

**Порядок**

**заключения договора на оказание платных медицинских услуг в МЦ ООО «Т.Ц.М-1»**

1. Присвоить номер договору по следующему правилу:

*Для нумерации договоров применять следующую последовательность присвоения номера:  
текущая дата ДД.ММ. ГГ./порядковый номер*

*ПРИМЕР 16.05.16/1*

*Поставить дату заключения.*

2. Заполнить преамбулу и поставить «галочку»:
  - a. Если договор заключает Пациент, которому с 14 лет до 18 лет, он подписывает его сам, а рядом ставит подпись его Законный представитель;
  - b. Если договор заключается в отношении лица, не достигшего 14 лет, либо относительно недееспособного, ограниченно дееспособного – от имени Пациента действует его Законный представитель;
3. Объяснить, что Пациент (его законный представитель, Заказчик) могут ознакомиться с:
  - a. Постановлением Правительства РФ № 1492 от 08.12.2017г. «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов (у медицинского регистратора, либо на официальном сайте ООО «Т.Ц.М-1»);
  - b. Порядками оказания медицинской помощи (у медицинского регистратора);
  - c. Стандартами медицинской помощи (у медицинского регистратора);
  - d. Методами оказания медицинской помощи и связанными с ними рисками (на стенде);
  - e. Условиями предоставления платных медицинских услуг (у медицинского регистратора);
  - f. Порядком предоставления платных медицинских услуг (у медицинского регистратора);
4. Проинформировать о медработнике, который будет оказывать услугу – ФИО, профессиональное образование и квалификация;
5. Указать услугу и срок (период) ее оказания;
6. Получить подпись Пациента, и/или его Законного представителя, либо Пациента и Заказчика под п. 1.4 Договора;
7. Указать в Приложении «Вид, стоимость услуг и сроки их оказания»: ФИО регистратора, №, дату, вид услуги согласно Перечня услуг, стоимость услуги по действующему Прейскуранту, срок оказания услуги, поставить свою подпись и подписать у Пациента, и/или его Законного представителя, либо и Пациента и Заказчика;
8. Заполнить п. 9.7. договора (выбрать количество экземпляров);
9. Заполнить данные о Потребителе /Заказчике;
10. Подписать договор у Пациента, и/или его Законного представителя, либо и Пациента и Заказчика.
11. Подписать Акт оказанных медицинских услуг Пациента, и/или его Законного представителя, либо и Пациента и Заказчика.

## АЛГОРИТМ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ПАЦИЕНТАМИ


1. **Информированное добровольное согласие** на медицинское вмешательство является основанием для оказания платных медицинских услуг и оформляется со всеми Пациентами, достигшими **15 летнего** возраста, в том числе и с ограниченно дееспособными.

В отношении Пациентов **моложе 15 лет** и **недееспособных** информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство оформляется с их **Законным представителем** (родителем, опекуном, попечителем).

*При отказе в даче информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство пациенту оказывается медицинская помощь только по экстренным показаниям.*

2. **Согласие на обработку персональных данных** (за лиц, не достигших 14 лет и недееспособных - подписывают их **Законные представители**, лица с 14 лет и лица, ограниченные в дееспособности - самостоятельно); *При отказе в даче на обработку персональных данных пациенту оказывается медицинская помощь только по экстренным показаниям.*
3. Подписание договора
4. Оплата
5. Услуга
6. Подписание акта оказанных услуг
7. Результат
8. Получение иных услуг возможно после внесения их в Приложение «Вид, стоимость услуг и сроки их оказания».

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ  
«Т.Ц.М-1»

<b>УТВЕРЖДАЮ</b>	<b>Памятка пациента</b>
Директор  О.В. Мазова	Введена в действие приказом от « <u>04</u> » <u>04</u> 201 <u>8</u> г. № <u>16</u>



**ПАМЯТКА ПАЦИЕНТА**

выдается при заключении договора на оказание платных медицинских услуг

Уважаемые пациенты!

Согласно п. 16 Постановления Правительства РФ от 04.10.2012 N 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг" и ст. 161 Гражданского кодекса РФ **договор на оказание платных медицинских услуг должен быть заключен в письменной форме.** При несоблюдении простой письменной формы договора стороны лишаются права в случае спора ссылаться в подтверждение сделки и ее условий на свидетельские показания, но могут приводить письменные и другие доказательства.

Договор об оказании платных медицинских услуг, размещенный для ознакомления в уголке потребителя ООО «Т.Ц.М-1», является публичной офертой.

Документы, которые представляются при заключении договора об оказании платных медицинских услуг (в том числе режим работы, перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, Условия оказания платных медицинских услуг, Порядок оказания платных медицинских услуг, информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи, сведения о квалификации и сертификации специалистов, правила лечебно-охранительного режима; правила пребывания пациента; правила техники безопасности и пожарной безопасности и др.) можно дополнительно изучить на информационной доске. Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, размещены на персональном компьютере у врачей нашего центра и у регистраторов. Прейскурант (перечень платных медицинских услуг с указанием их стоимости) находится у регистраторов.

Если Пациент не может лично, в указанное сотрудниками Центра время, забрать результаты обследований, иную медицинскую документацию, Пациент имеет право оформить у регистратора документ, уполномочивающий третье лицо получить указанные документы.

Исполнитель не несет ответственность за непредоставление медицинской услуги или некачественное ее предоставление, если причиной этого явилось:

- предоставление Пациентом недостоверной информации;
- невыполнение Пациентом рекомендаций специалистов Центра;
- оказание медицинской услуги по настоянию Пациента, несмотря на рекомендации специалистов Центра;
- несвоевременная явка Пациента к специалистам Центра;
- одновременное лечение Пациента в нескольких лечебных заведениях или у специалистов в связи с заболеванием, по причине которого он обратился в Центр, в том случае, если методы, рекомендованные для лечения Пациенту в данных учреждениях, используются им без согласия специалистов Центра;
- отрицательной реакции Пациента на лекарственные средства, рекомендованные специалистами Центра для профилактики и лечения, в том случае, если подобная реакция не была отмечена ранее



и прогноз о ее возникновении не мог быть сделан специалистами Центра на основании произведенного обследования;


- в случае невозможности оплаты Пациентом всего комплекса медицинских услуг, если для достижения результата необходимо их комплексное оказание;

- в случае отказа Пациента от дальнейшего оказания медицинской услуги (комплекса медицинских услуг);

- в иных случаях нарушения настоящих Правил Пациентом, которые послужили причиной неоказания или ненадлежащего оказания медицинских услуг Центром;

- в случае если неисполнение или ненадлежащее исполнение медицинской услуги произошло вследствие непреодолимой силы.

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ  
«Т.Ц.М-1»

<b>УТВЕРЖДАЮ</b>	<b>Доверенность</b>
Директор  _____ <b>О.В. Мазова</b>	Введена в действие приказом от « <u>02</u> » <u>04</u> 201 <u>8</u> г. № <u>16</u>

ОБРАЗЕЦ



**Доверенность**

Город Севастополь

« » \_\_\_\_\_ 2017 года

ООО «Т.Ц.М-1» в лице директора Мазовой О.В., действующей на основании Устава, доверяет **медицинским регистраторам**

заключать и подписывать от имени ООО «Т.Ц.М-1» договоры об оказании платных медицинских услуг, для чего им предоставляется право совершать все действия, необходимые для выполнения этого поручения, в том числе передается право подписи договора, приложений, а также дополнительных соглашений к нему.

Образец подписи \_\_\_\_\_ (ФИО)  
\_\_\_\_\_ (ФИО)  
\_\_\_\_\_ (ФИО)  
\_\_\_\_\_ (ФИО)  
\_\_\_\_\_ (ФИО)

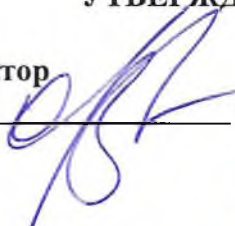

удостоверяю.

Настоящая доверенность действительна до 31 декабря 2018 года.

Директор ООО «Т.Ц.М-1» \_\_\_\_\_

О.В. Мазова

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ  
«Т.Ц.М-1»

<b>УТВЕРЖДАЮ</b>	<b>Порядок дачи/отказа информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство</b>
Директор  _____ <b>О.В. Мазова</b>	
	
<b>Введен в действие приказом</b> от « <u>02</u> » <u>04</u> 201 <u>8</u> г. № <u>16</u>	
<b>Порядок</b>	

**Порядок дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств в МЦ ООО «Т.Ц.М-1»**

1. Настоящий порядок устанавливает правила дачи и оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, включенных 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 года N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 года, регистрационный N 24082 (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень).
2. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень, и отказ от видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, дается гражданином либо одним из родителей или иным законным представителем в отношении лиц, указанных в пункте 3 настоящего Порядка.
3. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень, дает один из родителей или иной законный представитель в отношении:
  - 1) лица, не достигшего возраста, установленного частью 2 статьи 5 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ (несовершеннолетнего, больного наркоманией, не достигшего возраста, шестнадцати лет, и иного несовершеннолетнего, не достигшего возраста пятнадцати лет), или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство;
  - 2) несовершеннолетнего больного наркоманией при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения (за исключением установленных законодательством Российской Федерации случаев

приобретения несовершеннолетними полной дееспособности до достижения ими восемнадцатилетнего возраста).

4. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень, оформляется после выбора медицинской организации и врача при первом обращении в медицинскую организацию за предоставлением первичной медико-санитарной помощи.

5. Перед оформлением информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень, **лечащим врачом либо иным медицинским работником** гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, предоставляется в доступной для него форме полная информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, опосредствиях этих медицинских вмешательств, в том числе о вероятности развития осложнений, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

6. При отказе от видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния).

7. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень, оформляется по форме, предусмотренной приложением N 2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 года N 1177н, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, а также медицинским работником, оформившим такое согласие, и подшивается в медицинскую документацию пациента.

8. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень, **действительно в течение всего срока оказания первичной медико-санитарной помощи в выбранной медицинской организации.**

9. Гражданин, один из родителей или иной законный представитель лица, указанного в пункте 3 настоящего Порядка, имеет право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения (в том числе в случае, если было оформлено информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень), за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

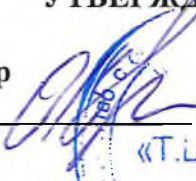

10. Отказ от одного или нескольких видов вмешательств, включенных в Перечень, оформляется по форме, предусмотренной приложением N 3 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 года N 1177н, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица, указанного в



пункте 3 настоящего Порядка, а также медицинским работником, оформившим такой отказ, и подшивается в медицинскую документацию пациента.

11. В случае если пациент **отказывается** (либо в силу состояния физического здоровья неспособен) **подписать** Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень, **но согласен с ним**, сотрудники лечебно-диагностического центра либо его структурных подразделений делают отметку в амбулаторной карте пациента об этом что удостоверяется подписью не менее чем двух сотрудников.

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ  
«Т.Ц.М-1»

<b>УТВЕРЖДАЮ</b>  Директор  _____ <b>О.В. Мазина</b> «Т.Ц.М-1» 	<b>Порядок дачи/отказа информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство</b> <b>Введен в действие приказом от «02» 04 2018 г. № 16</b>
---	--

**Информированное добровольное согласие пациента № \_\_\_\_\_**

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 в ООО «Т.Ц.М-1»

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина - полностью)

Дата рождения: \_\_\_\_\_

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

*Город, улица, дом, корпус (строение), квартира*

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, _____ паспорт _____ выдан: _____ являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным _____ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)
---

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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082):

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно.
13. Медицинский массаж.

14. Лечебная физкультура.

(далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи в ООО «Т.Ц.М-1». Медицинским работником

---

*(Должность, Ф.И.О. медицинского работника)*

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними прогнозируемые риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (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:

---

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

Я предупрежден (предупреждена) и мне понятно, что полный или частичный отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима лечения, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок, осложнить процесс лечения и /или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

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

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

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

Настоящим, подтверждаю, что я проинформирован о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Вследствие принятого мною решения я не имею, и не буду иметь претензий к ООО «Т.Ц.М-1». Удостоверяю, что текст настоящего добровольного согласия мной лично прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

---

(подпись)

---

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

---

(подпись)

---

*(Ф.И.О. медицинского работника)*

Дата оформления \_\_\_\_\_.

По устному запросу пациент может получить копию данного документа.