

ДОГОВОР № _____
об оказании платных медицинских услуг

г. Москва, Зеленоград

_____.20__г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы "Городская клиническая больница имени М. П. Кончаловского Департамента здравоохранения города Москвы" (ОГРН 1037739064285, «Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ о юридическом лице, зарегистрированном до 1 июля 2002г» серия 77 № 007362427 от 13 января 2003г, выдано Межрайонной инспекцией МНС России №39 по г. Москве; Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-77-01-019445 от 17 января 2020г., выданная Департаментом здравоохранения г. Москвы, 127006, г. Москва, Оружейный пер., д. 43, тел. 8(499)251-83-00), именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, в лице ответственного сотрудника – *должность и ФИО сотрудника* действующего(-ей) на основании Доверенности от _____ г. № ____, с одной стороны, и

_____,
_____.____.____ г.р., паспорт серия ____ № _____, выданный _____ г.

зарегистрированный (-ая) по адресу: _____

контактный телефон _____,
именуемый(-ая) в дальнейшем **Заказчик** с другой стороны, вместе именуемые Стороны заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель по заданию Заказчика обязуется оказать лицу в интересах которого заключен настоящий договор и именуемому в дальнейшем **Потребитель**:

_____, _____ г.р., паспорт (свидетельство о рождении) серия ____ № _____,
выданный _____ г.

зарегистрированный (-ая) по адресу: _____

контактный тел. _____,

а Заказчик обязуется оплатить платные медицинские, а так же дополнительные сопутствующие услуги, неотделимые и неразрывно связанные с получением медицинской помощи в амбулаторных или стационарных условиях (далее – Услуги), согласованные Сторонами и указанные в Реестре (-ах) услуг, являющимся (-имися) неотъемлемой частью настоящего Договора (Приложение(-я) к настоящему Договору), при этом, Заказчик не является законным/доверенным представителем Потребителя в рамках настоящего Договора, если иное не будет доказано в соответствии с законодательством Российской Федерации.

В рамках настоящего договора и соответствии с законодательством Российской Федерации, **законный / доверенный представитель потребителя:**

_____,
_____.____.____ г.р., паспорт серия ____ № _____, выданный _____ г.

зарегистрированный (-ая) по адресу: _____

контактный телефон _____,

2.2. Права и обязанности Заказчика и Потребителя (Законного/доверенного представителя потребителя):

2.2.1. Потребитель обязуется предоставить исчерпывающую известную ему информацию о состоянии своего здоровья и наличии возможных противопоказаний к проведению тех или иных видов медицинских вмешательств, применению лекарственных препаратов, соблюдать лечебно-охранительный режим, выполнять врачебные назначения и рекомендации, необходимые для достижения целей медицинского вмешательства и сохранения достигнутых результатов; соблюдать Правила поведения пациентов и внутреннего распорядка Исполнителя, общепринятые нормы общественного поведения; прибыть на прием в установленное время, в случае невозможности посещения специалиста заблаговременно предупреждать Исполнителя; в случае ухудшении своего самочувствия немедленно информировать лечащего/дежурного врача Исполнителя.

Законный/доверенный представитель потребителя (при наличии) обязуется обеспечивать выполнение потребителем вышеуказанных требований настоящего пункта.

2.2.2. Заказчик обязан оплачивать Услуги в размерах и сроки, предусмотренные настоящим Договором.

2.2.3. Заказчик обязан полностью возместить Исполнителю понесённые убытки, если Услуги не были оказаны или их оказание было прервано по вине Потребителя или Законного/доверенного представителя потребителя.

2.2.4. Заказчик и Потребитель (Законный/доверенный представитель потребителя) обязаны бережно относиться к имуществу Исполнителя. В случае причинения ущерба Исполнителю вследствие утраты или порчи имущества, вызванного действиями Потребителя (Заказчика) и/или лиц его посещающих, Заказчик обязуется в течение трех календарных дней, но не позднее даты окончательного расчета по настоящему договору, возместить Исполнителю действительный нанесенный ущерб в полном объеме, если иное не будет определено соглашением сторон.

2.2.5. В период после завершения получения Услуг Потребителем и до момента окончательного расчета Сторон, Заказчик обязан принять оказанные Услуги или указать мотивированные претензии и возражения путем собственноручного заполнения (заполнения Потребителем или Законным/доверенным представителем потребителя) Акта оказанных услуг, в 2-х (двух) экземплярах для каждой из сторон.

2.2.6. Заключая настоящий договор, **Заказчик делегирует / не делегирует** (лишнее зачеркнуть) Потребителю (Законному/доверенному представителю потребителя) право:

- **изменения перечня и объема** предварительно рассчитанных Услуг по медицинским показаниям или по собственному желанию, в том числе длительности стационарного пребывания,
- самостоятельного (без согласования с Заказчиком) письменного согласования с Исполнителем **дополнительного Реестра услуг** с указанием их перечня, объема и, при необходимости, дат выполнения.

2.2.7. Заказчик обязуется в полном объеме оплатить разницу в стоимости предварительно рассчитанных услуг и фактически оказанных услуг, в случае если объем и стоимость фактически оказанных услуг превысит оплаченную сумму предварительно рассчитанных услуг.

2.2.8. Заказчик и Потребитель (Законный/доверенный представитель потребителя) имеют право в доступной для них форме получить имеющуюся информацию об Исполнителе (размещенную на информационных стендах, на официальном сайте исполнителя и иных информационных ресурсах), своих правах и обязанностях.

Потребитель (Законный/доверенный представитель потребителя) имеют право в доступной для них форме состоянии своего здоровья (здоровья потребителя), включая сведения: о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

2.2.9. Заказчик и Потребитель (Законный/доверенный представитель потребителя) имеют право отказаться от получения Услуги в любое время (до момента завершения ее оказания) при условии самостоятельного письменного оформления отказа и оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

2.2.10. Заказчик и Потребитель (Законный/доверенный представитель потребителя), имеют право предъявлять в адрес Исполнителя письменные мотивированные претензии по оказанию Услуг и/или требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением условий настоящего Договора, либо о возврате денежных средств за неоказанные Услуги или предоставление Услуг ненадлежащего качества. По соглашению Сторон возмещение убытков может быть произведено: за счет возврата денежных средств или уменьшения стоимости предоставленной Услуги, предоставления Потребителю дополнительных Услуг или Услуг надлежащего качества без оплаты.

3. УСЛОВИЯ, ПОРЯДОК И СРОКИ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

3.1. Основанием для оказания Услуг является письменное информированное добровольное согласие (далее – ИДС) на получение платных медицинских и иных услуг, заполняемое Потребителем (его законным/доверенным представителем) собственноручно и являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора, а так же иные формы выражения и виды информированного добровольного согласия пациента оформленные Потребителем (его законным/доверенным представителем).

3.1.1. Подписание настоящего Договора, свидетельствует о том, что Заказчик и Потребитель (Законный/доверенный представитель потребителя) ознакомлены: со свидетельством о государственной регистрации Исполнителя, лицензией Исполнителя на осуществление медицинской деятельности, действующим Прейскурантом Исполнителя, сведениями о квалификации и сертификации специалистов, режимом работы подразделений Исполнителя, Правилами предоставления платных медицинских услуг населению, Правилами поведения пациентов, правами и обязанностями пациента, так же с содержанием следующих документов:

- ст. 41 Конституции Российской Федерации;
- статей 18, 19, 20, 21, 22, 23, 27, 80, 81, 84 Федерального закона Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» N323-ФЗ от 21 ноября 2011г.,
- Постановления Правительства Российской Федерации от 04 октября 2013г. №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»,
- Приказа Департамента здравоохранения г. Москвы от 2 октября 2013 г. № 944 «Об утверждении правил оказания платных услуг гражданам и юридическим лицам Государственными организациями системы здравоохранения города Москвы»,
- Приказа Департамента здравоохранения г. Москвы от 14 апреля 2014 г. N238 «О внесении изменений в приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 02.10.2013 г. N944»,
- Постановления Правительства Москвы от 30 декабря 2020 года № 2401-ПП "О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов".

3.1.2. Подписание настоящего Договора, свидетельствует о том, что Потребитель (Законный/доверенный представитель потребителя) проинформирован о возможности получения бесплатной медицинской помощи в рамках действующей Программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи и/или в рамках действующей Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в городе Москве, и отказывается от бесплатного получения медицинской помощи, в том числе, в соответствии с действующей Программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, с действующей Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на условиях и в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, в полном объеме стандарта медицинской помощи, либо отдельных медицинских услуг, по заболеванию и/или иному основанию/причине, послужившей поводом для обращения к Исполнителю.

3.2. Перечень Услуг, предоставляемых по настоящему Договору, согласованный Сторонами, указывается в Реестре услуг, являющимися неотъемлемой частью настоящего Договора.

3.3. Исполнитель приступает к оказанию Услуг после получения подтверждения оплаты предварительно рассчитанной стоимости Услуг/предоплаты.

3.4. Оказание амбулаторных Услуг осуществляется по предварительной записи в день обращения. По согласованию Сторон дата получения Услуг может отличаться от даты обращения, факт согласования Заказчиком сроков оказания Услуг подтверждается фактом получения Услуги, независимо от даты её оплаты. Отказ от получения Услуги, подтверждается возвратом денежных средств Заказчику.

3.5. Оказание стационарных Услуг и госпитализация осуществляется после приёма (осмотра, консультации) врачом, в плановом порядке; объём (перечень) и стоимость услуг определяются врачом профильного отделения (или специалистом договорного отдела) индивидуально с учётом стандартов медицинской помощи, схем ведения пациентов, клинических рекомендаций; в зависимости: от сложности медицинского вмешательства, затрат на медикаменты и расходное и операционное медицинское имущество, квалификации специалиста, тяжести состояния Потребителя, а так же необходимости в постороннем уходе.

3.6. В случае **увеличения объёма** предварительно рассчитанных Услуг по медицинским показаниям или по желанию Заказчика / Потребителя (Законного/доверенного представителя потребителя, в том числе длительности стационарного пребывания, Заказчик / Потребитель (Законный/доверенный представитель потребителя) письменно согласовывает с Исполнителем **дополнительный Реестр** услуг с указанием их перечня, объёма и, при необходимости, дат выполнения. Заказчик осуществляет оплату ранее не оплаченного и согласованного Сторонами объёма Услуг, не менее чем за сутки до окончания предоплаченного срока обследования и лечения.

3.6.1. В случае отказа Заказчика от оплаты ранее не оплаченных и согласованных Сторонами Услуг, оказание Услуг осуществляется в пределах лимита внесённой предоплаты.

3.6.2. В случае **уменьшения объёма** оплаченных Услуг, в т.ч. досрочного завершения случая стационарного обследования и лечения, Исполнитель возвращает разницу между внесённой предоплатой и стоимостью фактически оказанных Услуг. Возврат денежных средств Заказчику осуществляется путем безналичного расчета, в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней, с момента получения Исполнителем заявления на возврат средств от Заказчика с указанием банковских реквизитов лицевого счета получателя.

3.6.3. После исполнения договора Сторонами, осуществляется выдача Потребителю (Законному/доверенному представителю Потребителя) медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг: на бумажных носителях, однократно, в одном экземпляре за законченный случай лечения (посещения, обращения), без дополнительной платы.

3.7. В случае, когда в процессе лечения состояние Потребителя не позволяет ему выразить свою волю, а дополнительное медицинское вмешательство необходимо, вопрос о его проведении в интересах Пациента решается на основаниях и в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

4. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

4.1. Приблизительная стоимость Договора составляет _____ рублей и

складывается из стоимости: предполагаемых медицинских и сопутствующих услуг, койко-дня, в соответствии с действующим на момент оказания Услуг Прейскурантом; дополнительного лечебного питания; затрат на медикаментозное лечение и операционное пособие (расходное (операционное) имущество, изделия медицинского назначения) и иных расходов.

При необходимости оказания, ранее не согласованных Услуг, оказание их осуществляется с согласия Потребителя, в соответствии с разделом 2.2. настоящего договора.

4.2. Оплата Услуг осуществляется в рублях Российской Федерации, путем внесения денежных средств на расчётный счёт Исполнителя на основании Реестра услуг, являющегося неотъемлемой частью настоящего Договора и подлежащих оплате, в следующем порядке:

- первый платеж – предоплата в размере _____ рублей 00 коп, в день подписания Договора Заказчиком;
- второй и последующий платежи – не менее чем за сутки до окончания предоплаченного срока лечения и/или согласованного и фактически оказанного объёма обследования и лечения (Реестра Услуг), в размере необходимом для его продолжения.

4.3. Окончательный расчет осуществляется не менее чем за 1 (одни) сутки до выписки Потребителя из стационара, или в день посещения лечебно-диагностических подразделений Исполнителя, при получении Услуг в амбулаторных условиях, на основании Акта оказанных услуг.

4.4. Заказчик/Потребитель (Законный/ доверенный представитель Потребителя) обязуется подписать акт оказанных услуг представленный Исполнителем. Заказчик/Потребитель (Законный/ доверенный представитель Потребителя) имеющий претензии/возражения по качеству полученных Услуг обязуется письменно сообщить о них Исполнителю в срок не позднее тридцати календарных дней после получения Акта оказанных услуг.

При отсутствии своевременно направленных возражений Услуги указанные в Акте считаются выполненными надлежащим образом, в полном объеме и в согласованные Сторонами сроки.

4.5. Акт оказанных услуг, подписанный Сторонами, свидетельствуют о том, что указанные в нем Услуги были оказаны в надлежащем качестве, в полном объёме, с соблюдением сроков их выполнения удовлетворяющих Заказчика/Потребителя (Законного/ доверенного представителя Потребителя), предусмотренных настоящим Договором.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

5.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до полного исполнения ими принятых на себя обязательств или до момента расторжения договора.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. За невыполнение или ненадлежащее выполнение своих обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.2. Исполнитель не несет ответственности, в случае замены медицинского работника выбранного Потребителем/Заказчиком для оказания медицинской услуги; при условии качественного оказания услуги предоставленным Исполнителем аналогичным медицинским сотрудником равной или более высокой квалификационной категории без взимания дополнительной оплаты.

6.3. Исполнитель не несёт ответственности за снижение качества предоставляемых медицинских услуг или невозможность их оказания в срок, отсутствие результата (несоответствие ожидаемого результата достигнутому), неблагоприятного исхода проводимого лечения, возникновение осложнений, по причинам и обстоятельствам, не зависящим от Исполнителя:

- позднее обращение,
- несоблюдение режима труда и отдыха и рекомендаций врача, в т.ч. по медикаментозному лечению, диете;
- при употреблении спиртных напитков,
- при отказе от госпитализации и медицинского вмешательства;
- индивидуальных физиологических особенностей организма;
- тяжести основного и сопутствующих заболеваний и ожидаемого прогностически неблагоприятного течения заболевания;
- появления ранее неизвестных (скрытых) обстоятельств, информация о которых могла повлиять на выбор тактики лечения и прогноз;

- несовершенства медицины и отсутствия стопроцентных гарантий достижения результата у применяемых на современном уровне здравоохранения методик и технологий,
- а так же при возможных неблагоприятных для Потребителя последствий выполнения его указаний о способе исполнения работ (выбор методик, времени и места получения услуг),
- непригодности и недоброкачества предоставляемых Потребителем (Законным/ доверенным представителем Потребителя) медикаментов и предметов медицинского назначения при оказании Услуг с применением материалов Потребителя (Законного/ доверенного представителя Потребителя).

7. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

7.1. Заказчик обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при получении потребителем медицинских услуг.

7.2. С согласия Потребителя (Законного/доверенного представителя Потребителя) допускается обработка и передача сведений, составляющих персональные данные и/или врачебную тайну другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Потребителя.

7.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Потребителя (Законного/доверенного представителя Потребителя) допускается в целях обследования и лечения Потребителя, не способного из-за своего состояния выразить свою волю, по запросу следственных органов и прокуратуры, а так же в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

8. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

8.1. Настоящий договор может быть расторгнут по инициативе каждой из сторон в соответствии с п. 2.1.4., п. 2.2.3, п. 3.6.1. настоящего Договора или при иных условиях предусмотренных законодательством Российской Федерации.

9. РАССМОТРЕНИЕ СПОРОВ

9.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, разрешаются Сторонами в соответствии с законодательством Российской Федерации.

9.2. Сторона имеющая претензии/возражения по настоящему Договору обязуется направить претензионное письмо доступным способом по адресу по местонахождению сторон, указанных в п.11 настоящего Договора. В случае направления претензионных писем Сторонами юридическую силу имеют оригиналы писем доставленные нарочным либо заказным почтовым отправлением по местонахождению сторон, указанных в п.11 настоящего Договора.

9.3. Претензионный порядок досудебного урегулирования споров по настоящему Договору является для Сторон обязательным.

10. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ И ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

10.1. Все изменения и дополнения к настоящему Договору будут иметь силу и являться его неотъемлемой частью, если они составлены в письменной форме и подписаны Сторонами.

10.2. Приложения к настоящему договору являются его неотъемлемой частью и изменяются дополнительными соглашениями.

10.3. Настоящий Договор составлен в двух/трех экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для Заказчика/Потребителя и Исполнителя.

11. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ	ЗАКАЗЧИК				
<p>Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы</p> <p>"Городская клиническая больница имени Максима Петровича Кончаловского Департамента здравоохранения города Москвы"</p> <p>Адрес: 124489, г. Москва, Зеленоград, Каштановая аллея, д 2, стр 1</p> <p>КБК 00000000000000000137</p> <p>ИНН 7735069192</p> <p>КПП 773501001</p> <p>Департамент финансов г. Москвы (ГБУЗ «ГКБ им М. П. Кончаловского ДЗМ»)</p> <p>п/с 3605441000720127</p> <p>ОГРН 1037739064285 ОКТМО 45377000 ОКАТО 45272568000</p> <p>р/с № 0322 4643 4500 0000 7300 ГУ Банка России по ЦФО // УФК по г. Москве г. Москва</p> <p>ОКТМО 45377000</p> <p>БИК 044525988</p> <p>Тел/факс (499)735-64-29 / (499)735-64-29</p> <p>Электронная почта: gkb-konchalovskogo@zdrav.mos.ru</p> <p>Официальный сайт: http://gb3zclao.ru</p> <p>Ответственный сотрудник ГБУЗ "ГКБ им М.П. Кончаловского ДЗМ"</p>	<p>Ф.И.О.</p> <p>Адрес:</p> <p>Паспорт:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">серия</td> <td style="width: 40%;">№</td> </tr> <tr> <td colspan="2">выдан</td> </tr> </table> <p>Личная подпись:</p>	серия	№	выдан	
серия	№				
выдан					
	<p style="text-align: center;">ПОТРЕБИТЕЛЬ</p> <p style="text-align: center;">(ЗАКОННЫЙ / ДОВЕРЕННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ПОТРЕБИТЕЛЯ)</p> <p style="text-align: center;"><small>(заполняется в случае заключения договора в пользу третьих лиц)</small></p> <p>Ф.И.О.</p> <p>Адрес:</p> <p>Паспорт:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">серия</td> <td style="width: 40%;">№</td> </tr> <tr> <td colspan="2">выдан</td> </tr> </table> <p>Личная подпись:</p>	серия	№	выдан	
серия	№				
выдан					
<p><small>ФИО сотрудника</small></p> <p>_____</p>	<p><small>подпись</small></p> <p>_____</p>				

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на оказание/получение платных медицинских услуг

г. Москва, Зеленоград _____ 20__ г.

Я, _____ года рождения,

зарегистрированный (ая) по адресу: _____ ул. _____ д. _____ к. _____ кв. _____

паспорт _____ серии _____ номер _____, выдан _____ года

находясь в здравом уме и ясном сознании, понимая значение своих действий и руководствуясь ими, самостоятельно обратился в ГБУЗ «Городская клиническая больница имени М. П. Кончаловского ДЗМ» за получением платных медицинских услуг и дополнительных сопутствующих услуг неотделимых и неразрывно связанных с оказанием медицинской помощи в амбулаторных/стационарных условиях в соответствии с договором на оказание платных медицинских услуг № _____ от _____ г.

Я ознакомлен(а):

- со ст. 41 Конституции Российской Федерации, дающей мне право получить медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.

- со ст. 19, 80, 81, 84 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ, в соответствии с которыми я имею право на получение медицинской помощи в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации; также я имею право на получение платных медицинских услуг, предоставляемых по желанию при оказании медицинской помощи, и платных немедицинских услуг (бытовых, сервисных, транспортных и иных услуг), предоставляемых дополнительно при оказании медицинской помощи;

и, также, в соответствии с которыми медицинские организации, участвующие в реализации Территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеют право предоставлять платные медицинские услуги, при самостоятельном обращении за медицинской помощью и/или на иных условиях, чем предусмотрено территориальными и/или целевыми программами бесплатного оказания медицинской помощи, как в полном объеме стандарта медицинской помощи (схемы ведения пациентов), так и в виде отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, или оказываемом сверх установленного государственного задания;

- с постановлением Правительства РФ от 4 октября 2012 г. №1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг";

- с постановлением Правительства Москвы от 30 декабря 2020 года № 2401-ПП "О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023г" устанавливающим перечень видов, форм, условий и порядков бесплатного предоставления медицинской помощи, по медицинским показаниям, на основе стандартов медицинской помощи и с учетом используемых клинических рекомендаций;

- со ст. 44, 47 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010г. №326-ФЗ, ст. 9 Федерального закона «О защите персональных данных» от 27 июля 2006г. №152-ФЗ и, осознанно и добровольно даю согласие на ведение персонализированного учёта сведений, необходимых для организации и оказания медицинской помощи мне, как Пациенту.

Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение о своих правах и обязанностях в соответствии со ст. ст. 18, 19, 20, 21, 22, 23, 27 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ, а так же о предлагаемых и альтернативных методах обследования и лечения своего заболевания, о приблизительной стоимости услуг в соответствии с действующим Прейскурантом, условиях и ограничениях при их оказании, перечень и стоимость медицинских услуг согласованы со мной, и отказываюсь от бесплатного получения медицинской помощи (медицинских услуг, выбранных мной в рамках договора об оказании платных медицинских услуг), в том числе, в соответствии с действующей Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве в порядке и на условиях, установленных законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован(а), что Фондом обязательного медицинского страхования, в так же страховыми медицинскими организациями возмещение затрат на платные медицинские услуги гражданам не осуществляется. Возмещение затрат осуществляется в форме социального налогового вычета и в порядке установленном Постановлением Правительства Российской Федерации от 19 марта 2001г. №201 «Об утверждении перечней медицинских услуг и дорогостоящих видов лечения в медицинских учреждениях Российской Федерации, лекарственных средств, суммы оплаты которых за счет собственных средств налогоплательщика учитываются при определении суммы социального налогового вычета».

Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, в том числе назначенного режима лечения и диете, по ограничению (отказу) употребления спиртных напитков; отказ от госпитализации и медицинского вмешательства; несвоевременное обращение за медицинской помощью, могут снизить качество предоставляемой медицинской помощи, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение, что используемые технологии медицинской помощи не могут полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных: индивидуальными особенностями организма; тяжестью основного и сопутствующих заболеваний; прогностически неблагоприятным течением заболевания; появления ранее неизвестных (скрытых) обстоятельств, информация о которых могла повлиять на выбор тактики лечения и прогноз; несовершенством медицины и отсутствия стопроцентных гарантий достижения результата у применяемых на современном уровне здравоохранения методик и технологий, а так же возможных неблагоприятных последствиях выполнения указаний Пациента о способе исполнения работ (выбор методик, времени и места получения услуг), в том числе с использованием материалов Пациента (Заказчика).

Я получил(-а) полное и всестороннее разъяснение о том, что в случае возражений и претензий по качеству полученных услуг я должен(-а) сообщить об этом до момента окончательного расчёта за оказанные медицинские услуги. В случае неполучения претензий в течение пяти рабочих дней, услуги считаются выполненными в полном объеме в согласованные сроки и с надлежащим качеством.

Я согласен(-а) на осмотр и оказание мне медицинских услуг другими медицинскими работниками.

Информацию, касательно меня, составляющую врачебную тайну я доверяю передавать _____

Настоящей подписью, я выражаю полное и безоговорочное согласие со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и понятны, добровольно даю свое согласие и настаиваю на получении медицинских услуг на возмездной основе за счет средств Заказчика или своих личных средств в ГБУЗ «Городская клиническая больница им. М.П. Кончаловского ДЗМ».

Пациент (Потребитель) _____

(Ф.И.О. полностью и подпись)

Разъяснительную беседу провел и подтверждаю собственноручную подпись Пациента (Потребителя) в моем присутствии:

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
законного / доверенного представителя потребителя
на оказание/получение платных медицинских услуг потребителем**

г. Москва, Зеленоград

_____ 20__ г.

Я, _____ года рождения,

зарегистрированный (ая) по адресу: _____ ул. _____ д. _____ к. _____ кв. _____

паспорт _____ серии _____ номер _____, выдан _____ года

в соответствии с законодательством Российской Федерации, являющийся законным / доверенным представителем потребителя:

_____ г.р.,
паспорт (свидетельство о рождении) серия _____ № _____, выданный _____ г.

находясь в здравом уме и ясном сознании, понимая значение своих действий и руководствуясь ими в представлении и защите прав и законных интересов Потребителя, самостоятельно обратился в ГБУЗ «Городская клиническая больница имени М. П. Кончаловского ДЗМ» за получением Потребителем платных медицинских услуг и дополнительных сопутствующих услуг неотделимых и неразрывно связанных с оказанием медицинской помощи в амбулаторных/стационарных условиях в соответствии с договором на оказание платных медицинских услуг № _____ от _____ г.

Я ознакомлен(а):

- со ст. 41 Конституции Российской Федерации, дающей Потребителю право получить медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.
- со ст. 19, 80, 81, 84 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ, в соответствии с которыми Потребитель имеет право на получение медицинской помощи в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации; также Потребитель имеет право на получение платных медицинских услуг, предоставляемых по желанию при оказании медицинской помощи, и платных немедицинских услуг (бытовых, сервисных, транспортных и иных услуг), предоставляемых дополнительно при оказании медицинской помощи; и также, в соответствии с которыми медицинские организации, участвующие в реализации Территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеют право предоставлять платные медицинские услуги, при самостоятельном обращении за медицинской помощью и/или на иных условиях, чем предусмотрено территориальными и/или целевыми программами бесплатного оказания медицинской помощи, как в полном объеме стандарта медицинской помощи (схемы ведения пациентов), так и в виде отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, или оказываемом сверх установленного государственного задания;
- с постановлением Правительства РФ от 4 октября 2012 г. №1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг";
- с постановлением Правительства Москвы от 30 декабря 2020 года № 2401-ПП "О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023г" устанавливающим перечень видов, форм, условий и порядков бесплатного предоставления медицинской помощи, по медицинским показаниям, на основе стандартов медицинской помощи и с учетом используемых клинических рекомендаций;
- со ст. 44, 47 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010г. №326-ФЗ, ст. 9 Федерального закона «О защите персональных данных» от 27 июля 2006г. №152-ФЗ и, осознанно и добровольно даю согласие на ведение персонализированного учёта сведений, необходимых для организации и оказания медицинской помощи мне, как Пациенту.

Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение о правах и обязанностях Потребителя в соответствии со ст. ст. 18, 19, 20, 21, 22, 23, 27 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ, а так же о предлагаемых и альтернативных методах обследования и лечения заболевания Потребителя, о приблизительной стоимости услуг в соответствии с действующим Прейскурантом, условиях и ограничениях при их оказании. Перечень и стоимость медицинских услуг согласованы со мной, и я отказываюсь от бесплатного получения Потребителем медицинской помощи (медицинских услуг, выбранных мной в рамках договора об оказании платных медицинских услуг), в том числе, в соответствии с действующей Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве в порядке и на условиях, установленных законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован(а), что Фондом обязательного медицинского страхования, а так же страховыми медицинскими организациями возмещение затрат на платные медицинские услуги гражданам не осуществляется. Возмещение затрат осуществляется в форме социального налогового вычета и в порядке установленном Постановлением Правительства Российской Федерации от 19 марта 2001г. №201 «Об утверждении перечней медицинских услуг и дорогостоящих видов лечения в медицинских учреждениях Российской Федерации, лекарственных средств, суммы оплаты которых за счет собственных средств налогоплательщика учитываются при определении суммы социального налогового вычета».

Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение о том, что несоблюдение Потребителем указаний (рекомендаций) медицинского работника, в том числе назначенного режима лечения и диеты, по ограничению (отказу) употребления спиртных напитков; отказ от госпитализации и медицинского вмешательства; несвоевременное обращение за медицинской помощью; могут снизить качество предоставляемой медицинской помощи, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение, что используемые технологии медицинской помощи не могут полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных: индивидуальными особенностями организма; тяжестью основного и сопутствующих заболеваний; прогностически неблагоприятным течением заболевания; появлением ранее неизвестных (скрытых) обстоятельств, информация о которых могла повлиять на выбор тактики лечения и прогноз; несовершенством медицины и отсутствия стопроцентных гарантий достижения результата у применяемых на современном уровне здравоохранения методик и технологий, а так же возможных неблагоприятных последствиях выполнения указаний Потребителя (Законного/доверенного представителя потребителя) о способе исполнения работ (выбор методик, времени и места получения услуг), в том числе с использованием материалов Заказчика и/или Потребителя (Законного/доверенного представителя потребителя).

Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение о том, что в случае возражений и претензий по качеству полученных Потребителем услуг, я должен(а) сообщить об этом до момента окончательного расчёта за оказанные медицинские услуги. В случае неполучения претензий, в течение пяти рабочих дней, услуги считаются выполненными в полном объеме в согласованные сроки и с надлежащим качеством.

Я согласен(-а) на осмотр Потребителя и оказание Потребителю медицинских услуг другими медицинскими работниками.

Информацию, касательно Потребителя, составляющую врачебную тайну я доверяю передавать _____

Настоящей подписью, я выражаю полное и безоговорочное согласие со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и понятны, **добровольно даю свое согласие и настаиваю на получении Потребителем медицинских услуг на возмездной основе за счет средств Заказчика или своих личных средств в ГБУЗ «Городская клиническая больница им. М.П. Кончаловского ДЗМ».**

Законный/доверенный представитель потребителя _____
(Ф.И.О полностью и подпись)

Разъяснительную беседу провел и подтверждаю собственноручную подпись законного/доверенного представителя потребителя в моем присутствии: _____
(должность, Ф.И.О и личная подпись сотрудника ГБУЗ "ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ")

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на выбор медицинского работника для оказания/получения платных медицинских и иных услуг

г. Москва, Зеленоград _____, 20__ г.

Я, _____ года рождения,

зарегистрированный (ая) по адресу: _____ ул. _____ д. _____ к. _____ кв. _____,

паспорт _____ серии _____ номер _____, выдан _____ года _____

находясь в здравом уме и ясном сознании, понимая значение своих действий и руководствуясь ими, самостоятельно обратился в ГБУЗ «Городская клиническая больница имени М. П. Кончаловского ДЗМ» за получением платных медицинских услуг и дополнительных сопутствующих услуг неотделимых и неразрывно связанных с оказанием медицинской помощи в амбулаторных/стационарных условиях в соответствии с договором на оказание и оплату услуг.

Я добровольно, свободно, своей волей и в своем интересе, не подвергаясь давлению со стороны третьих лиц, в соответствии со ст.19, ст. 21. Федерального закона Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» №323-ФЗ от 21 ноября 2011г., реализую свое право на выбор медицинского работника, для оказания мне медицинской услуги «К.23 Индивидуальный пост врача акушера-гинеколога при родах», обособленно или в составе комплексной услуги, выбранной мной в рамках договора об оказании платных медицинских услуг № _____ от « _____ » _____ 20__ г.

Для оказания данной медицинской услуги, добровольно и не подвергаясь какому-либо давлению со стороны третьих лиц, я выбираю медицинского работника ГБУЗ «ГКБ им. М. П. Кончаловского ДЗМ»:

врача акушера-гинеколога _____

и/или

врача акушера гинеколога _____

Я получил(-а) полное и всестороннее разъяснение о том, что в случае возражений и претензий по качеству полученных услуг я должен(-а) сообщить об этом до момента окончательного расчета за оказанные медицинские услуги. В случае неполучения претензий в течение пяти рабочих дней, услуги считаются выполненными в полном объеме в согласованные сроки и с надлежащим качеством.

Я согласен(-а) на осмотр и оказание мне медицинских услуг другими медицинскими работниками.

Я получил(-а) полное и всестороннее разъяснение о том, что в соответствии с пунктом 2.1.5. договора об оказании платных медицинских услуг № _____ от « _____ » _____ 20__ г., по объективным причинам, Исполнитель имеет право в одностороннем порядке осуществить замену медицинского работника выбранного Потребителем/Заказчиком для оказания медицинской услуги; при условии качественного оказания услуги предоставленным Исполнителем аналогичным медицинским сотрудником равной или более высокой квалификационной категории без взимания дополнительной оплаты.

Настоящей подписью, я выражаю полное и безоговорочное согласие со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и понятны, добровольно даю свое согласие и настаиваю на получении медицинских услуг на возмездной основе за счет средств Заказчика или своих личных средств в ГБУЗ «Городская клиническая больница им. М.П. Кончаловского ДЗМ».

Пациент

(Потребитель) _____

(Ф.И.О., полностью и подпись)

Я, врач акушер-гинеколог _____

выражаю свое согласие на оказание платных медицинских услуг пациентке _____ г.р.,

и удостоверяю свое согласие настоящей подписью _____

Я, врач акушер-гинеколог _____

выражаю свое согласие на оказание платных медицинских услуг пациентке _____ г.р.,

и удостоверяю свое согласие настоящей подписью _____

Разъяснительную беседу провел и подтверждаю собственноручную подпись Пациента (Потребителя) в моем присутствии:

(должность, Ф.И.О. и личная подпись сотрудника ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ»)

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на выбор медицинского работника для оказания/получения платных медицинских и иных услуг

г. Москва, Зеленоград _____, 20 ____ г.

Я, _____, _____ года рождения,

зарегистрированный (ая) по адресу: _____ ул. _____ д. _____ к. _____ кв. _____,

паспорт _____ серии _____ номер _____, выдан _____ года _____

находясь в здравом уме и ясном сознании, понимая значение своих действий и руководствуясь ими, самостоятельно обратился в ГБУЗ «Городская клиническая больница имени М. П. Кончаловского ДЗМ» за получением платных медицинских услуг и дополнительных сопутствующих услуг неотделимых и неразрывно связанных с оказанием медицинской помощи в амбулаторных/стационарных условиях в соответствии с договором на оказание и оплату услуг.

Я добровольно, свободно, своей волей и в своем интересе, не подвергаясь давлению со стороны третьих лиц, в соответствии со ст.19, ст. 21. Федерального закона Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» №323-ФЗ от 21 ноября 2011г., реализую свое право на выбор медицинского работника, для оказания мне медицинской услуги «К.24 Индивидуальный пост акушерки при родах», обособленно или в составе комплексной услуги, выбранной мной в рамках договора об оказании платных медицинских услуг № _____ от « _____ » _____ 20 ____ г.

Для оказания данной медицинской услуги, добровольно и не подвергаясь какому-либо давлению со стороны третьих лиц, я выбираю медицинского работника ГБУЗ «ГКБ им. М. П. Кончаловского ДЗМ»:

акушера _____

и/или _____

акушера _____

Я получил(-а) полное и всестороннее разъяснение о том, что в случае возражений и претензий по качеству полученных услуг я должен(-а) сообщить об этом до момента окончательного расчета за оказанные медицинские услуги. В случае неполучения претензий в течение пяти рабочих дней, услуги считаются выполненными в полном объеме в согласованные сроки и с надлежащим качеством.

Я согласен(-а) на осмотр и оказание мне медицинских услуг другими медицинскими работниками.

Я получил(-а) полное и всестороннее разъяснение о том, что в соответствии с пунктом 2.1.5. договора об оказании платных медицинских услуг № _____ от « _____ » _____ 20 ____ г., по объективным причинам, Исполнитель имеет право в одностороннем порядке осуществить замену медицинского работника выбранного Потребителем/Заказчиком для оказания медицинской услуги; при условии качественного оказания услуги предоставленным Исполнителем аналогичным медицинским сотрудником равной или более высокой квалификационной категории без взимания дополнительной оплаты.

Настоящей подписью, я выражаю полное и безоговорочное согласие со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и понятны, добровольно даю свое согласие и настаиваю на получении медицинских услуг на возмездной основе за счет средств Заказчика или своих личных средств в ГБУЗ «Городская клиническая больница им. М.П. Кончаловского ДЗМ».

Пациент
(Потребитель) _____
(Ф.И.О. полностью и подпись)

Я, акушер _____
выражаю свое согласие на оказание платных медицинских услуг пациентке _____ г.р.,
и удостоверяю свое согласие настоящей подписью _____.

Я, акушер _____
выражаю свое согласие на оказание платных медицинских услуг пациентке _____ г.р.,
и удостоверяю свое согласие настоящей подписью _____.

Разъяснительную беседу провел и подтверждаю собственноручную подпись Пациента (Потребителя) в моем присутствии:

(должность, Ф.И.О. и личная подпись сотрудника ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ»)

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКВЫ
ГБУЗ «Городская клиническая больница имени М.П. Кончаловского ДЗМ»
(ИНН 7735069192, ОГРН 1037739064285, адрес: 124489, г. Москва, Зеленоград, Каштановая аллея, д.2, стр.1)

**СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ И ПЕРЕДАЧУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ,
ДАННЫХ И СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ**

Я, _____,
Дата рождения: « _____ » _____ г.р.,
зарегистрированный (ая) по адресу: _____ ул. _____ д. _____ к. _____ кв. _____,
фактически проживающий (ая) по адресу: _____ ул. _____ д. _____ к. _____ кв. _____,
документ, удостоверяющий личность _____
наименование документа удостоверяющего личность
серии _____ номер _____, выдан _____ года
сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе
СНИЛС _____
(заполняется при наличии у субъекта персональных данных сведений о СНИЛС)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ и Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", даю свое согласие на обработку ГБУЗ «Городская клиническая больница имени М.П. Кончаловского ДЗМ», расположенной по адресу: 124489, г. Москва, Зеленоград, Каштановая аллея, д.2, стр.1 (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС, полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные и данные о состоянии рожденного мною ребенка при условии, что их обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, всеми возможными способами. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим лицам в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и бумажном носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, а также сводки и системы хранения данных, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в медицинской документации, а также договором на оказание медицинской помощи по программе ОМС (договорам ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом ОМС, иными медицинскими организациями с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Я разрешаю предоставлять, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, следующим лицам:

- Работодатель: _____
- Супруг: _____
- Мать: _____
- Отец: _____
- Сын: _____
- Дочь: _____
- Иные лица: _____

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной с даты его подписания и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Подпись пациента/законного представителя пациента _____
(подпись) _____ (расшифровка подписи)

Дата: « _____ » _____ 20 _____ г.

Пациент подписался в моем присутствии _____
(подпись врача) _____ (расшифровка подписи с указанием должности)

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

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

Информированное согласие разъяснено и понятно, доведено до пациента в доступной для понимания форме. Заполнено в моем присутствии: _____
(подпись) (Ф.И.О., должность)

удостоверяет присутствующий при беседе (свидетель) врач _____
(подпись) (Ф.И.О., должность)

Заполняется, если пациент по тяжести состояния не может подписаться из-за когнитивного снижения _____
(указать в чем состоит тяжесть)

не может прочесть и подписать данное согласие.

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

Врач ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» _____
(наименование организации) (подпись) (Ф.И.О., должность)

Врач ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» _____
(наименование организации) (подпись) (Ф.И.О., должность)

Врач отделения ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» _____
(наименование организации) (подпись) (Ф.И.О., должность)

**СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО
НА ОБРАБОТКУ И ПЕРЕДАЧУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ, ДАННЫХ И СВЕДЕНИЙ,
СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ**

Я, _____,
Дата рождения: « _____ » _____ Г.р.,
зарегистрированный (ая) по адресу: _____ ул. _____ Д. _____ К. _____ кв. _____,
фактически проживающий (ая) по адресу: _____ ул. _____ Д. _____ К. _____ кв. _____,
документ, удостоверяющий личность _____
наименование документа удостоверяющего личность

серии _____ номер _____, выдан _____ года
сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе

СНИЛС _____
(заполняется при наличии у субъекта персональных данных сведений о СНИЛС)

в интересах несовершеннолетнего

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего, дата рождения)

Дата рождения: « _____ » _____ Г.р.,
Свидетельство о рождении (паспорт) серии _____ номер _____, выдан _____ года

сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ и Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", даю свое согласие на обработку ГБУЗ «Городская клиническая больница имени М.П. Кончаловского ДЗМ», расположенной по адресу: 124489, г. Москва, Зеленоград, Каштановая аллея, д.2, стр.1 (далее - Оператор) персональных данных несовершеннолетнего, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС, полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), СНИЛС, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные моего ребенка при условии, что их обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, всеми возможными способами. В процессе оказания Оператором медицинской помощи моему ребенку я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные моего ребенка, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим лицам в интересах обследования и лечения моего ребенка.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными несовершеннолетнего, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и бумажном носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, обрабатывать персональные данные моего ребенка посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, а также сводки и системы хранения данных, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в медицинской документации, а также договором на оказание медицинской помощи по программе ОМС (договорам ДМС). Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (договору ДМС) на обмен (прием и передачу) персональных данных со страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом ОМС, иными медицинскими организациями с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и(или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Я разрешаю предоставлять, передавать персональные данные моего ребенка, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, следующим лицам:

- Работодатель: _____
- Супруг: _____
- Мать: _____
- Отец: _____
- Сын: _____
- Дочь: _____
- Иные лица: _____

Передача персональных данных несовершеннолетнего иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной с даты его подписания и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Подпись законного представителя: _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Дата: « ____ » _____ 20 ____ г.

Законный представитель подписался в моем присутствии _____
(подпись врача) (расшифровка подписи с указанием должности)

Заполняется, если законный представитель не может самостоятельно прочесть информированное согласие, но может его подписать.

Информированное согласие прочитано законному представителю вслух

(Ф.И.О. врача, должность)

Информированное согласие разъяснено и понятно, доведено до законного представителя в доступной для понимания форме.

Заполнено в моем присутствии: _____
(подпись) (ФИО, должность)

удостоверяет присутствующий при беседе (свидетель) врач _____
(подпись) (ФИО, должность)

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

(указать в чем состоит тяжесть)

не может прочесть и подписать данное согласие.

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

Врач ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» _____
(наименование организации) (подпись) (ФИО, должность)

Врач ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» _____
(наименование организации) (подпись) (ФИО, должность)

Врач отделения ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» _____
(наименование организации) (подпись) (ФИО, должность)

УВЕДОМЛЕНИЕ

Пациент (Потребитель)			
Дата рождения	« »	19 г	
Уведомляется о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.			
Выдал:			
(должность, Ф.И.О. и личная подпись сотрудника ГБУЗ "ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ")			
)			
Я, _____ года рождения,			
зарегистрированный (ая) по адресу: _____ ул. _____ д. _____ к. _____ кв. _____,			
паспорт _____ серии _____ номер _____, выдан _____ года _____			
настоящей подписью подтверждаю, что до заключения договора на оказание платных медицинских услуг, получил от сотрудника ГБУЗ «ГКБ имени М. П. Кончаловского ДЗМ», экземпляр настоящего письменного уведомления а также подробное разъяснение мне информации изложенной в настоящем уведомлении и не имею каких-либо неразъясненных вопросов.			
_____		_____	
(подпись потребителя)		(расшифровка подписи потребителя)	
" " .20 г			

УВЕДОМЛЕНИЕ
законного /доверенного представителя потребителя

		являющийся ЗАКОННЫМ /ДОВЕРЕННЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ ПОТРЕБИТЕЛЯ	
Потребитель			
Дата рождения	« »	19 г	
<p>Уведомляется о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.</p>			
Выдал: _____ (должность, Ф.И.О. и личная подпись сотрудника ГБУЗ "ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ")			
Я, _____ года рождения, зарегистрированный (ая) по адресу: _____ ул. _____ д. _____ к. _____ кв. _____, паспорт _____ серии _____ номер _____, выдан _____ года _____			
настоящей подписью подтверждаю, что до заключения договора на оказание платных медицинских услуг, получил от сотрудника ГБУЗ «ГКБ имени М. П. Кончаловского ДЗМ», экземпляр настоящего письменного уведомления а также подробное разъяснение мне информации изложенной в настоящем уведомлении и не имею каких-либо неразъясненных вопросов.			
_____		_____	
(подпись представителя потребителя)		(расшифровка подписи представителя потребителя)	
" " .20 г			

РЕЕСТР УСЛУГ №

Приложение к Договору об оказании платных медицинских услуг № _____ от "___" _____ 20__ г.

Заказчик:

Потребитель:

КОД УСЛУГИ	НАИМЕНОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ	ЦЕНА 1-ой услуги (руб.)	СКИДКА	КОЛИЧЕСТВО услуг	ОБЩАЯ СУММА (руб.)
ИТОГО:					

Используемые для оказания медицинских услуг дорогостоящие лекарственные препараты и дополнительные расходные материалы, не включенные в стоимость медицинских услуг

Лекарственные препараты:

Наименование лекарственного препарата	Цена 1 единицы (руб)	СКИДКА	Количество единиц	Общая сумма (руб)
ИТОГО:				

Расходные материалы:

Наименование изделия медицинского назначения	Цена 1 единицы (руб)	СКИДКА	Количество единиц	Общая сумма (руб)
ИТОГО:				

ИТОГО К ОПЛАТЕ: _____ рублей 00 копеек

Заказчик

(Потребитель):

(подпись)

(Ф.И.О.)

Ответственный сотрудник

ГБУЗ "ГКБ им. М.П.Кончаловского ДЭМ":

(подпись)

(Ф.И.О.)

"___" _____ 20__

АКТ ОКАЗАННЫХ УСЛУГ

Заказчик:		Начало предоставления услуг:	" " .20 г.
Потребитель:		Окончание предоставления услуг:	" " .20 г.
Основание:	Договор об оказании платных медицинских услуг № _____	от	" " .20 г.

КОД УСЛУГИ	НАИМЕНОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ	ЦЕНА 1-ой услуги (руб.)	СКИДКА	КОЛИЧЕСТВО услуг	ОБЩАЯ СУММА (руб.)
ИТОГО:					
Дорогостоящие лекарственные препараты:					
Дополнительные расходные материалы:					

ИТОГО К ОПЛАТЕ:	_____	рублей <u>00</u> копеек
К ВОЗВРАТУ:	_____	рублей <u>00</u> копеек

ВЫШЕУКАЗАННЫЕ УСЛУГИ ОКАЗАНЫ В ПОЛНОМ ОБЪЕМЕ И В СОГЛАСОВАННЫЕ СРОКИ. ПРЕТЕНЗИЙ К КАЧЕСТВУ УСЛУГ ОКАЗАННЫХ СОТРУДНИКАМИ ГБУЗ «Городская клиническая больница имени М.П. Кончаловского Департамента здравоохранения города Москвы» НЕ ИМЕЮ.

Заказчик (Потребитель):	_____ (подпись)	_____ (ф.и.о.)
Руководитель подразделения (лечащий врач) ГБУЗ " ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ»:	_____ (подпись)	_____ (ф.и.о.)
Ответственный сотрудник ГБУЗ " ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ»:	_____ (подпись)	_____ (ф.и.о.)
" " .20		