

**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_**

на оказание платной медицинской услуги

«Ведение физиологических родов врачом-акушером-гинекологом (индивидуальное сопровождение родов врачом-акушером-гинекологом)»

г. Курск

«\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_ г.

**Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Областной перинатальный центр» (ОБУЗ «ОПЦ»)**, 305005 г. Курск, проспект Вячеслава Клыкова, 100 (ОГРН 1024600939802, ИНН 4629021490), свидетельство серия 46 № 000225841 выдано МНС России по г. Курску 12 августа 2002 г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице администратора

\_\_\_\_\_, действующего на основании Доверенности от \_\_\_\_\_, лицензии № ЛО41-01147-46/00338986 от 27.01.2020 года, выданной Министерством здравоохранения Курской области, 305000, г. Курск, ул. Красная площадь, д.6, тел. +7 (4712) 51-47-20 на осуществление медицинской деятельности, с одной стороны, и

\_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ г. рождения документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_

зарегистрированная по адресу: \_\_\_\_\_

проживающая по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, именуемая в дальнейшем «Пациентка», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**ПОНЯТИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В НАСТОЯЩЕМ ДОГОВОРЕ**

Для целей настоящего Договора используются следующие основные понятия:

*Платные медицинские услуги* - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;

*Потребитель* - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с настоящим Договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

*Исполнитель* - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги Потребителям (Пациентам).

*Врач-акушер-гинеколог* – врач из числа сотрудников Исполнителя, оказывающий медицинскую услугу в рамках настоящего Договора.

*Врач-акушер-гинеколог (дублер)* – врач, назначаемый по согласованию с Пациенткой, из числа сотрудников Исполнителя, оказывающий медицинскую услугу в рамках настоящего Договора на случай отсутствия невозможности участия при родоразрешении прикрепленного врача акушера-гинеколога (болезнь, незапланированный отпуск, увольнение, командировка и иные причины).

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Предметом настоящего Договора является оказание на возмездной основе *медицинской услуги «Ведение физиологических родов врачом-акушером-гинекологом (индивидуальное сопровождение родов врачом-акушером-гинекологом)» в ОБУЗ «ОПЦ»* (далее по тексту – «Медицинская услуга»).

Исполнитель берет на себя обязательство оказать Пациентке на возмездной основе «Медицинскую услугу» по плану оказания медицинской услуги (Приложение № 1 к настоящему Договору) в объеме и в сроки согласно условиям настоящего Договора.

Оказание «Медицинской услуги» производится по адресу Исполнителя: г. Курск, проспект Вячеслава Клыкова, дом 100.

1.2. Объем оказываемых по настоящему Договору платных услуг определяется Перечнем оказываемых платных услуг (Приложение № 2 к настоящему Договору), общим состоянием здоровья Пациентки, индивидуальными особенностями организма Пациентки, медицинскими показаниями (противопоказаниями) выявленных заболеваний (патологий) и организационно-техническими возможностями Исполнителя.

1.3. Исполнитель обязуется оказывать Пациентке на возмездной основе «Медицинскую услугу» по своему профилю деятельности, надлежащего качества в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а Пациентка обязуется принять и оплатить оказанные Исполнителем услуги в порядке, размере и в сроки, установленные настоящим Договором.

1.4. Платная «Медицинская услуга» осуществляются дополнительно к установленным учреждению заданием на оказание услуг в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, и в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности.

1.5. Подписанием настоящего Договора стороны подтверждают, что Исполнитель предоставил Пациентке, а Пациентка получил в полном объеме информацию, включающую в себя сведения:

- об Исполнителе;

- о перечне платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим Договором с указанием цен в рублях в соответствии с Прейскурантом;
- об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг, сроках и порядке их оплаты;
- о режиме работы Исполнителя, графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- о квалификации и сертификации медицинских работников Исполнителя.

1.6. Пациентка, подписав настоящим Договором, подтверждает, что Исполнителем ознакомлена:

- с правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. №736;

- проинформирована о возможности получения медицинских услуг бесплатно в объеме и на условиях, предусмотренных Программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи и Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Курской области;

- ознакомлена с перечнем работ (услуг), отраженных в лицензии Исполнителя на медицинскую деятельность, Прейскурантом Исполнителя, понимает содержащуюся в нем информацию, согласна с действующими ценами на оказание платной «Медицинской услуги».

С учетом указанной в пунктах 1.2 -1.5. информации и подписав настоящий Договор, Пациентка подтверждает, что она добровольно согласилась на оказание ей медицинских услуг на платной основе.

\_\_\_\_\_  
(ФИО пациентки)

\_\_\_\_\_  
Подпись

1.7. Врач-акушер-гинеколог со стороны ОБУЗ «ОПЦ» по настоящему Договору является:

\_\_\_\_\_  
Врач-акушер-гинеколог (дублер)

1.8. В период действия настоящего Договора медицинские услуги оказываются на основании подписанного Пациентом информированного добровольного согласия на предоставление медицинских услуг на платной основе (приложение № 3 к Договору) и иных обязательных информированных согласий, оформляемых в соответствии с действующим законодательством.

1.9. Факт заключения настоящего Договора между Сторонами не является основанием предоставления Пациентке платной «Медицинской услуги» в первоочередном порядке по услугам, оказываемым в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

## 2. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

2.1. Стоимость услуг по Договору в соответствии с планом оказания медицинских услуг по настоящему Договору согласно прейскуранту Исполнителя составляет **30 300,00 (Тридцать тысяч триста рублей 00 копеек)**.

2.2. Пациентка оплачивает 100% стоимости услуги в день заключения Договора.

2.3. Оплата медицинских услуг осуществляется путем перечисления денежных средств на расчетный счет ОБУЗ «ОПЦ», указанный в настоящем Договоре, или наличными денежными средствами в кассу учреждения.

2.4. По желанию Пациентки стоимость услуг, указанных в п.2.1. настоящего Договора может быть оплачена как самой Пациенткой, либо страховой компанией, либо третьим заинтересованным физическим или юридическим лицом на основании Прейскуранта цен ОБУЗ «ОПЦ».

2.5. В день (момент) подписания настоящего Договора Пациентка ознакомлена с действующими прейскурантами и планом медицинской услуги по ведению физиологических родов врачом-акушером-гинекологом, понимает содержащуюся в нем информацию и согласна с ценами на медицинские услуги (подпись):

\_\_\_\_\_  
(ФИО пациентки)

\_\_\_\_\_  
Подпись

2.6. В случае не оказания Исполнителем платных «Медицинских услуг» Пациентке в рамках настоящего Договора по независимым от сторон причинам, по письменному заявлению Пациентки возвращаются денежные средства наличными денежными средствами из кассы, если договор был оплачен наличными денежными средствами или безналичным путем - на карту, по которой был оплачен договор, если договор был оплачен безналичными денежными средствами, в срок, не превышающий 10 (десять) календарных дней, в сто процентном размере.

2.7. Основные права и обязанности сторон указаны в Гражданском кодексе Российской Федерации, Федеральном законе от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. №736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесение изменений в некоторые акты правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 04 октября 2012 г. №1006».

## 3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

### 3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. По требованию Пациентки в доступной форме предоставить информацию, а также документы для ознакомления:

- сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности;

- перечень платных медицинских услуг с указанием цен в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты;
- сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;
- режим работы медицинской организации, график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией (в случае необходимости);

### 3.1.2. Предоставить медицинские услуги:

врачом-акушером-гинекологом \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. врача)

на случай отсутствия и невозможности участия при родоразрешении прикрепленного врача-акушера-гинеколога (болезнь, незапланированный отпуск, увольнение, командировка и иные причины)  
врачом-акушером-гинекологом (дублером) \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. врача)

### 3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. В случае возникновения неотложных состояний Пациентки самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной договором;

3.2.2. Отказаться в одностороннем порядке от исполнения обязательств по настоящему Договору в случае, когда действия Пациентки делают невозможным исполнение «Медицинской услуги» в целом или надлежащего качества.

### 3.3. Пациентка обязуется:

3.3.1. Оплатить «Медицинскую услугу» в сроки и в порядке, определенные настоящим Договором.

3.3.2. До оказания медицинской помощи информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ей аллергических реакциях, противопоказаниях.

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

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

### 3.4. Пациентка имеет право на:

3.4.1. получение платной «Медицинской услуги» в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.

3.4.2. гарантированное наличие места в ОБУЗ «ОПЦ» в день родов;

3.4.3. возможность выбора или прикрепления персонального врача-акушера-гинеколога ОБУЗ «ОПЦ» в дородовом периоде, на период родов и в раннем послеродовом периоде;

3.4.4. предварительные очные консультации и осмотры с Врачом, начиная с 36 недели беременности;

3.4.5. возможность круглосуточной телефонной связи с Врачом;

3.4.6. участие Врача в процессе родоразрешения в составе дежурной бригады ОБУЗ «ОПЦ»;

3.4.7. индивидуальные консультации с Врачом, в том числе по грудному вскармливанию в раннем послеродовом периоде (в течение 7 дней после родов) до момента выписки пациентки из акушерского физиологического отделения;

3.4.8. заключительный осмотр и рекомендации Врача при выписке из ОБУЗ «ОПЦ»;

3.4.9. отказ от медицинского вмешательства.

## 4. УСЛОВИЯ, СРОКИ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

4.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Пациентки приобрести медицинскую услугу на возмездной основе, являющемся неотъемлемым приложением к настоящему Договору.

В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

4.2. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.3. Пациентка имеет право на выбор врача-акушера-гинеколога.

4.4. Для проведения госпитализации в медицинское учреждение при себе необходимо иметь следующие документы: обменную карту, паспорт, СНИЛС, свой экземпляр Договора, квитанцию об оплате.

4.5. В случае если на дату выписки Пациентки, с ее стороны отсутствуют обоснованные претензии, оформленные в письменной форме, услуги считаются оказанными в полном объеме.

4.6. Срок оказания медицинских услуг: *не ранее 36 недель беременности и до момента выписки пациентки после родов из акушерского физиологического отделения.*

4.7. Для оказания медицинских услуг по настоящему Договору, Исполнитель вправе самостоятельно привлекать третьих лиц (специалистов) соответствующего профиля и квалификации.

## **5. СРОК ДЕЙСТВИЯ И УСЛОВИЯ ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА**

5.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента начала фактического выполнения обязательств, принятых Сторонами по настоящему Договору и действует до полного их исполнения.

5.2. Настоящий Договор может быть изменен, либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, либо в одностороннем порядке в соответствии с законодательством РФ в случае нарушения сторонами обязанностей.

## **6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

6.1. Исполнитель несет ответственность за оказанные Пациентке «Медицинские услуги», включая сохранение врачебной тайны о факте его обращения за медицинской помощью, о состоянии его здоровья и другие сведения в соответствии с требованиями Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 года № 323-ФЗ.

6.2. Исполнитель не несёт ответственности за качество медикаментов и расходного медицинского материала, приобретённого Пациенткой самостоятельно и использованного при лечении без назначения врача.

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

6.4. В случае причинения Пациенткой материального ущерба Исполнителю вследствие утраты или порчи имущества, вызванного действиями или бездействиями Пациентки и/или лиц его посещающих, Пациентка обязуется в течение 3 (трех) календарных дней, но не позднее даты выписки, возместить действительный нанесенный ущерб в полном объеме.

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

6.6. Все споры и разногласия, возникшие между Сторонами по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров, а в случае не достижения согласия – в суде, в соответствии с их компетенцией и с учетом условий, предусмотренных настоящим Договором.

6.7. Исполнитель освобождается от ответственности, в случаях осложнений и побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Пациентки, а так же в случае, если Пациентка не проинформировал Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ей аллергических реакциях, противопоказаниях.

6.8. Исполнитель освобождается от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств, вызванных действием непреодолимой силы, возникших после заключения Договора в результате событий чрезвычайного характера, которые соответствующая Сторона Договора не могла ни предвидеть, ни предотвратить разумными мерами (форс-мажор).

К таким событиям чрезвычайного характера относятся: наводнение, пожар, землетрясение, взрыв, шторм, оседание почвы, эпидемии и иные стихийные явления природы, техногенные происшествя, в том числе выход из строя медицинского оборудования, война, военные действия, введение на соответствующей территории чрезвычайного или военного положения, изменение законодательства или иных нормативных актов, регулирующих необходимые условия Договора, иные события непредсказуемого характера, предотвратить которые имеющимися в распоряжении Исполнителя силами и средствами не представлялось возможным.

## **7. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

7.1. Исполнитель обязуется охранять информацию о факте обращения Пациентки за оказанием «Медицинской услуги», состоянии ее здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

7.2. С согласия Пациентки или его полномочного представителя (указанного в заявлении) допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Пациентки.

7.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Пациентки или его представителя (указанного в заявлении) допускается в целях обследования и лечения Пациентки, не способной из-за своего состояния выразить свою волю и в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

## **8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

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

8.2. Все дополнительные соглашения Сторон и иные приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.

8.3. В соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» Пациентка подтверждает свое согласие на обработку в ОБУЗ «ОПЦ» своих персональных данных (Приложение № 4 к настоящему Договору).

8.4. *До заключения договора на оказание платных медицинских услуг Пациентка ознакомлена с «Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи в Курской области», об условиях и сроках получения бесплатной медицинской помощи. Получив от медицинского работника Исполнителя полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг у Исполнителя, Пациентка согласна на оказание платных медицинских услуг и готова их оплатить.*

8.5. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

8.6. К настоящему Договору прилагаются и являются его неотъемлемой частью:

- Приложение № 1 – план оказания платной «Медицинской услуги»
- Приложение № 2 – перечень оказываемых платных услуг
- Приложение № 3 – Информированное добровольное согласие пациента на предоставление медицинских услуг

на платной основе

- Приложение № 4 - Информированное добровольное согласие пациентки на обработку персональных данных;
- Приложение № 5 - Уведомление пациентки о несоблюдении назначений (рекомендаций врача) при оказании

платных медицинских услуг;

- Приложение № 6 – информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство;
- Приложение № 7 – заявление о выборе врача-акушера-гинеколога
- Приложение № 8 – Памятка к договору

#### Адреса, реквизиты и подписи сторон

**Исполнитель:**

Областное бюджетное учреждение здравоохранения  
«Областной перинатальный центр»

Юридический адрес: 305005, г. Курск,  
проспект Вячеслава Клыкова, 100  
Тел: (4712) 32-50-33, 32-48-68 (планово-экономический отдел)

банковские реквизиты:

Получатель: МИНИСТЕРСТВО ФИНАНСОВ  
И БЮДЖЕТНОГО КОНТРОЛЯ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ  
(ОБУЗ «ОПЦ», л/с 20446Х26150)

ИНН 4629021490, КПП 463201001, БИК 013807906  
Банк: ОТДЕЛЕНИЕ КУРСК БАНКА РОССИИ//УФК  
ПО КУРСКОЙ ОБЛАСТИ г. Курск

Единый казначейский счет 40102810545370000038

Казначейский счет 03224643380000004400

**Пациентка:**

ФИО: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) / ФИО

**АДМИНИСТРАТОР**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) / ФИО

Приложение № 1  
к договору на оказание  
платных медицинских услуг  
«Ведение физиологических  
родов врачом-акушером-гинекологом  
(индивидуальное сопровождение родов  
врачом-акушером-гинекологом)»  
№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.

**ПЛАН**  
**оказания платной «Медицинской услуги»**

В рамках настоящего Договора предоставляются следующие услуги:

- гарантированное наличие места в ОБУЗ «ОПЦ» в день родов;
- возможность выбора или прикрепления персонального врача-акушера-гинеколога ОБУЗ «ОПЦ» (далее по тексту - Врача) в дородовом периоде, на период родов и в раннем послеродовом периоде<sup>1</sup>;
- предварительные очные консультации и осмотры с Врачом, начиная с 36 недели беременности;
- возможность круглосуточной телефонной связи с Врачом;
- участие Врача в процессе родоразрешения в составе дежурной бригады ОБУЗ «ОПЦ»;
- индивидуальные консультации с Врачом, в том числе по грудному вскармливанию в раннем послеродовом периоде (в течение 7 дней после родов) до момента выписки пациентки из акушерского физиологического отделения;
- заключительный осмотр и рекомендации Врача при выписке из ОБУЗ «ОПЦ»;
- партнерские роды<sup>2</sup>.

**Подписи Сторон:**

**Исполнитель:**  
Областное бюджетное учреждение здравоохранения  
«Областной перинатальный центр»

**Пациентка:**  
ФИО:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

АДМИНИСТРАТОР

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) / ФИО

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) / ФИО

<sup>1</sup> В случае невозможности участия при родоразрешении выбранного или прикрепленного врача-акушера-гинеколога (болезнь, незапланированный отпуск, увольнение, командировка и иные причины) ОБУЗ «ОПЦ» оставляет за собой право рекомендовать пациенту другого специалиста соответствующего профиля и квалификации с письменного согласия пациентки

<sup>2</sup> При наличии письменного согласия пациентки, а также с учетом санитарно-эпидемиологической обстановки в регионе

Приложение № 2  
к договору на оказание  
платных медицинских услуг  
Ведение физиологических  
родов врачом-акушером-гинекологом  
(индивидуальное сопровождение родов  
врачом-акушером-гинекологом)»  
№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.

**Перечень  
оказываемых платных услуг**

Наименование услуги	Количество, усл.	Сумма, руб.
Оказание платной медицинской услуги «Ведение физиологических родов врачом-акушером-гинекологом (индивидуальное сопровождение родов врачом-акушером-гинекологом)»	1	30 300,00

**Подписи Сторон:**

**Исполнитель:**  
Областное бюджетное учреждение здравоохранения  
«Областной перинатальный центр»

**Пациентка:**  
ФИО:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

АДМИНИСТРАТОР

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) / ФИО

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) / ФИО

Приложение № 3  
к договору на оказание  
платных медицинских услуг  
Ведение физиологических  
родов врачом-акушером-гинекологом  
(индивидуальное сопровождение родов  
врачом-акушером-гинекологом)»  
№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.

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

На основании ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», от 21.11.2011 года № 323-ФЗ и в соответствии с требованиями «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. №736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесение изменений в некоторые акты правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 04 октября 2012 г. №1006»,

Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_,

в рамках Договора об оказании платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ года:

даю информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг мной в Областном бюджетном учреждении «Областной перинатальный центр» по адресу: 305005, г. Курск, проспект Вячеслава Клыкова, 100 и готова их оплатить.

Медицинским работником Областного бюджетного учреждения «Областной перинатальный центр» в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы получения платных медицинских услуг, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств при получении платных медицинских услуг или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

- мои права, предусмотренные ст. 19, 21 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Законом Российской Федерации от 07.02.92 № 2300-1 «О защите прав потребителей», Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. №736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесение изменений в некоторые акты правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 04 октября 2012 г. №1006».

В соответствии с требованиями ст. 20, 22 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 года, я информирована, что необходимым предварительным условием оказания медицинской помощи является получение моего добровольного информированного согласия, а также я имею право отказаться от получения платных медицинских услуг.

Я ознакомилась с «Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи в Курской области»,

Мне разъяснен порядок оказания бесплатной медицинской помощи.

\_\_\_\_\_  
(ФИО пациентки)

\_\_\_\_\_  
Подпись

Сведения о выбранных мной лицах, которым в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья

Пациентка: \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

Дата: \_\_\_\_\_ г.

Подпись: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Настоящее соглашение подписано Пациенткой после проведения разъяснительной беседы и является приложением к Договору об оказании платных медицинских услуг.

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(Ф.И.О. представителя исполнителя)



Приложение № 4  
к договору на оказание  
платных медицинских услуг  
Ведение физиологических  
родов врачом-акушером-гинекологом  
(индивидуальное сопровождение родов  
врачом-акушером-гинекологом)»  
№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.

**Информированное добровольное согласие пациентки  
на обработку персональных данных**

г. Курск, пр. В.Клыкова, 100  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Врем \_\_\_\_\_

Я, \_\_\_\_\_,  
дата рождения, документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ в рамках Договора № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ года

В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона "О персональных данных" 152-ФЗ в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку Областным бюджетным учреждением здравоохранения «Областной перинатальный центр», расположенный по адресу: 305005, г. Курск, проспект Вячеслава Клыкова, д. 100 (далее - Оператор) моих персональных данных или персональных данных, а именно:

фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа, удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие на обработку персональных данных Оператором при условии, что обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Оператор имеет право:

- При обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями.

- С целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными актами или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иными организациями, при условии, что указанные предоставление передача будет осуществляться с использованием машинных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их приём и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет. По истечению указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации.

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

Я согласна со следующими действиями с моими персональными данными:

1. Обработка моих персональных данных в защищенных в установленном порядке автоматизированных системах персональных данных.

2. Обработка моих персональных данных, защищенных в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании моего личного письменного заявления, в т.ч. и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. Пациентки

\_\_\_\_\_  
подпись

Уполномоченный представитель  
ОБУЗ «ОПЦ» \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. должность)

\_\_\_\_\_  
подпись

Приложение № 5  
к договору на оказание  
платных медицинских услуг  
Ведение физиологических  
родов врачом-акушером-гинекологом  
(индивидуальное сопровождение родов  
врачом-акушером-гинекологом)»  
№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.

Уведомление  
пациентки о несоблюдении назначений (рекомендаций врача)  
при оказании платных медицинских услуг

В соответствии с пунктом 24 раздела IV Постановления Правительства РФ от 11 мая 2023 г. №736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесение изменений в некоторые акты правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 04 октября 2012 г. №1006»», Исполнитель - Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Областной перинатальный центр», 305005 г, Курск, проспект Вячеслава Клыкова, 100 (ОГРН 1024600939802, ИНН 4629021490), свидетельство серия 46 № 000225841 выдано МНС России по г. Курску 12 августа 2002 г., (лицензия № ЛО41-01147-46/00338986 от 27.01.2020 года) уведомляет Пациентку о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациентки.

**Пациентка**

ФИО: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ года

Приложение № 6  
к договору на оказание  
платных медицинских услуг  
Ведение физиологических  
родов врачом-акушером-гинекологом  
(индивидуальное сопровождение родов  
врачом-акушером-гинекологом)»  
№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство  
(на лечебную, диагностическую, манипуляционную процедуру)  
и проведение консультации**

Я, \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ г.  
рождения \_\_\_\_\_  
документ, \_\_\_\_\_ удостоверяющий \_\_\_\_\_ личность \_\_\_\_\_

зарегистрированная по адресу: \_\_\_\_\_

проживающая по адресу: \_\_\_\_\_

- Мне согласно моей воле даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого);
- Я ознакомлена с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать;
- Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, анализа мочи общего, электрокардиографии, проведения рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических исследований и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур, кольпоскопии, влагалищное бимануальное исследование, КТГ, ТЭГ, STAN. Необходимость других методов обследования и лечения мне будет разъяснена дополнительно;
- Я информирована о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;
- Я 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 предупреждена и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное медицинское инвентария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;
- Я 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 сообщила правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
- Я согласна на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинского колледжа с учетом сохранения врачебной тайны;
- Я добровольно, даю свое согласие на проведение мне консультаций врачом-акушером-гинекологом и/ или врачом-акушером-гинекологом (дублер), назначаемый на случай отсутствия невозможности участия при родоразрешении прикрепленного врача акушера-гинеколога (болезнь, незапланированный отпуск, увольнение, командировка и иные причины)
- Я понимаю необходимость проведения консультации, проинформирована о пользе консультаций.
- Я ознакомлена и 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 информирована и мне в доступной для меня форме разъяснены возможные осложнения, последствия от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния).

Подпись пациентки \_\_\_\_\_

Расписался в своем присутствии:

Врач \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. должность) \_\_\_\_\_ (подпись)

Приложение № 7  
к договору на оказание  
платных медицинских услуг  
Ведение физиологических  
родов врачом-акушером-гинекологом  
(индивидуальное сопровождение родов  
врачом-акушером-гинекологом)»  
№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.

Форма

Главному врачу ОБУЗ «ОПЦ»  
М.Н. Антюхиной

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
о выборе врача-акушера-гинеколога

Я, \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ г. рождения  
документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_

зарегистрированная по адресу: \_\_\_\_\_

проживающая по адресу: \_\_\_\_\_

даю согласие на оказания на возмездной основе медицинской услуги «Ведение физиологических родов врачом-акушером-гинекологом ОБУЗ «ОПЦ»

С участием врача акушера-гинеколога со стороны ОБУЗ «ОПЦ» \_\_\_\_\_,

*В случае невозможности участия при родоразрешении прикрепленного врача акушера-гинеколога (болезнь, незапланированный отпуск, увольнение, командировка и иные причины) по рекомендации ОБУЗ «ОПЦ»:*

Даю согласие на участие врача-акушера-гинеколога (дублера)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. – подлежит обязательному указанию)

**Пациентка**

ФИО: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

«\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ года

Приложение №8  
к договору об оказании платных медицинских услуг  
«Ведение физиологических родов врачом-  
акушером-гинекологом (индивидуальное сопровождение  
родов врачом-акушером-гинекологом)»  
№ \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.

Памятка к договору  
на оказание платных медицинских услуг «Ведение физиологических родов врачом-акушером-гинекологом  
(индивидуальное сопровождение родов врачом-акушером-гинекологом)»

город Курск

«\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ года

Я,

---

(ФИО пациентки)

*Даю согласие:*

- на оказание платных медицинских услуг \_\_\_\_\_ (подпись пациента)

*Ознакомлена, что:*

- оплачиваю только выбор врача-акушера-гинеколога, который будет сопровождать меня в родах, его консультации (очные, заочные) и осмотры, начиная с 36 недели беременности до даты выписки из акушерского физиологического отделения \_\_\_\_\_ (подпись пациента);

- вся медицинская помощь НЕ входит в стоимость услуги и будет оказываться в рамках Программы государственных гарантий бесплатно по полису ОМС \_\_\_\_\_ (подпись пациента);

- договором не предусмотрено предоставление одноместной палаты \_\_\_\_\_ (подпись пациента);

- обязуюсь соблюдать внутренний распорядок ОБУЗ «ОПЦ» \_\_\_\_\_ (подпись пациента).

«\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ года

\_\_\_\_\_ (ФИО, подпись пациента)