

ДОГОВОР № _____
об оказание платных медицинских услуг
при ведении беременности

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.

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель берет на себя обязательство оказать Потребителю на возмездной основе медицинские услуги при ведении беременности и в послеродовом периоде (42 календарных дня после родов) (далее по тексту – Услуги) в объеме, указанном в Приложении № 1 к настоящему Договору.

Исполнитель обязуется оказывать Потребителю на возмездной основе медицинские услуги по своему профилю деятельности в соответствии с выданной Исполнителю лицензией на осуществление медицинской деятельности, надлежащего качества в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а Потребитель обязуется принять и оплатить оказанные Исполнителем услуги в порядке, размере и в сроки, установленные настоящим Договором.

1.2. Подписанием настоящего Договора стороны подтверждают, что Исполнитель предоставил Потребителю, а Потребитель 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 специалистов – работниках Исполнителя.

1.3. Потребитель, подписанием настоящего Договора, подтверждает, что Исполнителем ознакомлен:

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

- с Положением об оказании платных медицинских услуг Исполнителя;
- с Положением об организации работы с обращениями граждан и проведении личного приема граждан у Исполнителя;
- проинформирован о возможности получения медицинской услуги 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;

- ознакомлен с перечнем работ (услуг), отраженных в лицензии Исполнителя на медицинскую деятельность, Прейскурантом Исполнителя, понимает содержащуюся в нем информацию, согласен с действующими ценами на медицинские услуги, а также уведомлен о том, что оплаченные денежные средства по настоящему Договору *не подлежат возмещению за счет обязательного медицинского страхования;*

- с памяткой на оказание платных медицинских услуг при заключении договора (Приложение № 6 к настоящему Договору).

1.4. Потребитель предупрежден, что при оказании платных медицинских услуг в рамках настоящего Договора оформление родового сертификата не предусмотрено.

С учетом указанной в пунктах 1.2 -1.4. информации и подписав настоящий Договор, Потребитель подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

2. Стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты и их возврата

2.1. Стоимость Услуг устанавливается действующим прейскурантом и составляет 59 078,00 руб.

2.2. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Потребителем до начала их оказания (в порядке предварительной 100% оплаты) наличными денежными средствами в кассе медицинской организации, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. Потребителю после оплаты медицинских услуг выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставляемых медицинских услуг, установленного образца.

2.3. В случае, если по медицинским показаниям Потребителю и по согласованию Сторон, Исполнитель оказывает дополнительные медицинские услуги в ином объеме, чем предусмотрено в Приложении № 1 к настоящему Договору. В этом случае данные изменения к Договору должны быть произведены в простой письменной форме и подписаны обеими сторонами Договора. Стоимость дополнительных медицинских услуг определяется согласно действующему прейскуранту Исполнителя и подлежит оплате Потребителем в порядке согласно п. 2.2. настоящего Договора.

2.4. В случае *досрочного* расторжения Договора по инициативе Пациентки, Пациентка оплачивает Исполнителю фактически оказанные медицинские услуги.

2.5. В случае *полного или частичного* неоказания Исполнителем платных «Медицинских услуг» Пациентке в рамках настоящего Договора по независящим от сторон причинам, денежные средства возвращаются по письменному заявлению Пациентки в срок, не превышающий 10 (десять) календарных дней, за неоказанные медицинские услуги.

2.6. В случае если по каким-либо причинам, *объем* предоставляемых Потребителю платных медицинских услуг, предусмотренных настоящим Договором, *сократится* либо предоставление платных медицинских услуг в рамках настоящего Договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Исполнитель осуществляет возврат денежных средств, по письменному заявлению Пациентки.

3. Права и обязанности сторон

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», Постановлении Правительства РФ от 11.05.2023г. № 736 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесение изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу Постановление Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 года №1006».

3.1. Права и обязанности Исполнителя:

3.1.1. Оказать Потребителю на возмездной основе медицинские услуги, своими силами или силами привлеченных специалистов в объеме и на условиях, предусмотренных настоящим Договором.

3.1.2. Информировать Потребителя о методах рекомендуемого ему лечения, о возможных осложнениях.

3.1.3. Информировать Потребителя по мере необходимости о возможности проведения дополнительных методов обследования и лечебно-диагностических мероприятий.

При выявлении необходимости для Потребителя получения консультаций других специалистов, либо появления причин для углубленного обследования, Исполнитель рекомендует ему дополнительные консультации и обследования, не входящие в перечень предоставляемых услуг (указанных в Приложении №1), в том числе в других медицинских учреждениях, которые оплачиваются дополнительно.

3.1.4. Обеспечить соблюдение медицинской тайны о Потребителе, а также не передавать персональные данные Потребителя третьим лицам без его согласия, за исключением случаев, установленных действующим законодательством Российской Федерации.

3.1.5. В случае необходимости, когда Потребителю необходимы лабораторные исследования, которые не выполняются на производственных мощностях Исполнителя, Исполнитель проводит забор материала от Потребителя, осуществляет его подготовку и организует их выполнение в других лабораториях по заключенным договорам Исполнителем.

3.1.6. Обеспечить ведение медицинской документации в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и выдачу обменной карты.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. Изменить по согласованию с Потребителем объем и условия оказания медицинских услуг, предусмотренных настоящим Договором.

3.3. Потребитель обязуется:

3.3.1. При заключении договора Потребитель обязан предъявить документ, удостоверяющий личность, со сведениями о Ф.И.О., дате рождения и месте регистрации Потребителя.

3.3.2. В целях обеспечения благополучного течения беременности, Потребитель обязан сообщить наблюдающему врачу достоверную информацию о состоянии своего здоровья и здоровья своих ближайших родственников, об имеющейся патологии, в том числе, предоставить подробную информацию об имеющихся заболеваниях, ранее перенесенных травмах, операциях, наследственных заболеваниях, непереносимости лекарственных препаратов и других аллергических реакциях, а также сообщить другие сведения, имеющие значение для правильного проведения диагностики и лечения.

3.3.3. Ознакомиться и подписать все необходимые документы о добровольном согласии на получение медицинских услуг.

3.3.4. Выполнять все указания (назначения) медицинского персонала Исполнителя.

3.3.5. Потребитель обязуется заблаговременно информировать Исполнителя о необходимости отмены или изменения назначенного ему времени получения медицинской услуги.

3.3.6. Соблюдать условия настоящего Договора, а также выполнять иные обязанности, установленные действующим законодательством Российской Федерации.

3.3.7. Потребителю не может по собственному усмотрению требовать уменьшения перечня медицинских услуг, предоставляемых Исполнителем по настоящему Договору, и соответствующего снижения цены Договора.

3.4. Потребитель вправе:

3.4.1. Знакомиться с результатами наблюдений.

4. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг

4.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Потребителя (законного представителя Потребителя) приобрести медицинскую услугу на возмездной основе.

4.2. Платные медицинские услуги оказываются по желанию Потребителя на иных условиях, чем предусмотрено «Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи в Курской области» в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

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

4.4. Исполнителем после исполнения Договора выдаются по требованию Потребителя медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

4.5. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (Законного представителя Потребителя).

4.6. Место оказания услуг: 305005, г. Курск, проспект Вячеслава Клыкова, 100.

4.7. Срок оказания медицинских услуг: с даты заключения настоящего Договора и действует в течение 42 дней с даты родоразрешения Потребителя.

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

5. Ответственность сторон

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

5.2. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

6. Порядок изменения и расторжения договора

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует до фактического выполнения обязательств, принятых Сторонами по настоящему Договору.

6.2. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается.

6.3. В случае отказа Потребителя от продолжения обследования или лечения, путем подачи письменного заявления на имя главного врача Исполнителя Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом Потребитель оплачивает фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7. Прочие условия

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

7.2. Настоящий Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

7.3. В соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» Потребитель подтверждает свое согласие на обработку в ОБУЗ «ОПЦ» своих персональных данных.

7.4. До заключения договора на оказание платных медицинских услуг Потребитель ознакомлен с «Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи в Курской области», об условиях и сроках получения бесплатной медицинской помощи. Потребитель ознакомлен с тем, что может получить аналогичную медицинскую помощь также в других медицинских организациях по месту жительства на других условиях. Получив от медицинского работника Учреждения полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг в данном Учреждении, Потребитель согласен на оказание платных медицинских услуг и готов их оплатить.

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

8. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией

В соответствии с лицензией Исполнитель вправе оказывать следующие медицинские услуги (выполнять работы):

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу; анестезиологии и реаниматологии; дезинфектологии; лабораторной диагностике; медицинской статистике; медицинскому массажу; неотложной медицинской помощи операционному делу; организации сестринского дела; рентгенологии; сестринскому делу; физиотерапии; функциональной диагностике; **при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:** терапии; управлению сестринской деятельностью; **при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:** акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); забору, криоконсервации и хранению половых клеток и тканей репродуктивных органов; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; неврологии; неотложной медицинской помощи; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; офтальмологии; психотерапии; рентгенологии; сексологии; ультразвуковой диагностике, управлению сестринской деятельностью; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; эндокринологии, эндоскопии.

При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерскому делу; акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); анестезиологии и реаниматологии; бактериологии; дезинфектологии; детской хирургии; вакцинации (проведению профилактических прививок); диетологии; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; клинической фармакологии; лабораторной диагностике; медицинской статистике; медицинскому массажу; неврологии; нейрохирургии; неонатологии; операционному делу; организации здравоохранения и общественному здоровью организации сестринского дела; офтальмологии; рентгенологии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии: терапии; травматологии и ортопедии; трансфузиологии, ультразвуковой диагностике; эндоскопии; эпидемиологии.

при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии (использованию вспомогательных репродуктивных технологий); **при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях по:** акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); неонатологии.

Перечень и стоимость
платных медицинских услуг при ведении беременности

№ п/п	Код услуги	Наименование медицинской услуги	Цена (руб.)	Кол-во	Стоимость (руб.)
1	B01.001.001	Прием (осмотр, консультация) врача акушера-гинеколога первичный	1 300,00	1	1 300,00
2	B01.001.002	Прием (осмотр, консультация) врача акушера-гинеколога повторный	1 000,00	14	14 000,00
3	B01.047.001	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	650,00	1	650,00
4	B01.047.002	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта повторный	520,00	1	520,00
5	A03.20.001	Кольпоскопия	1 000,00	1	1 000,00
6	A05.30.001	Кардиотокография плода	1 150,00	5	5 750,00
7	A05.10.006	Регистрация электрокардиограммы	260,00	1	260,00
8	A04.20.001.004	Ультразвуковое исследование шейки матки (УЗ-цервикометрия)	550,00	2	1 100,00
9	A04.30.001	Ультразвуковое исследование плода	2 200,00	4	8 800,00
10	A04.30.002	Дуплексное сканирование сердца и сосудов плода	1 100,00	3	3 300,00
11	A04.20.002	Ультразвуковое исследование молочных желез (двух)	1 000,00	1	1 000,00
12	A04.30.001	Ультразвуковое исследование плода (определение пола плода)	400,00	1	400,00
13	A04.30.001	Ультразвуковое исследование плода (печать снимка плода в 2D формате)	200,00	1	200,00
14	B03.016.006	Общий (клинический) анализ мочи	210,00	12	2 520,00
15	B03.016.002	Общий (клинический) анализ крови	148,00	3	444,00
16	A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	160,00	7	1 120,00
17	A09.05.017	Исследование уровня мочевины в крови	132,00	3	396,00
18	A09.05.010	Исследование уровня общего белка в крови	130,00	3	390,00
19	A09.05.020	Исследование уровня креатинина в крови	132,00	3	396,00
20	A09.05.021	Исследование уровня общего билирубина в крови	125,00	3	375,00
21	A09.05.022.001	Исследование уровня билирубина связанного (конъюгированного) в крови	125,00	3	375,00

22	A09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	115,00	3	345,00
23	A09.05.041	Определение активности аспартатаминотрансферазы в крови	131,00	3	393,00
24	A09.05.042	Определение активности аланинаминотрансферазы в крови	131,00	3	393,00
25	A12.22.005	Проведение глюкозотолерантного теста	222,00	1	222,00
26	A12.30.014	Определение международного нормализованного отношения (МНО)	185,00	2	370,00
27	A12.05.027	Определение протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме	180,00	2	360,00
28	A09.05.050	Исследование уровня фибриногена в крови	218,00	2	436,00
29	A12.05.039	Активированное частичное тромбопластиновое время	347,00	2	694,00
30	A26.06.082.001	Определение антител к бледной трепонеме (Treponema Pallidum) в нетрепонемных тестах (RPR, РМП) (качественное и полуколичественное исследование) в сыворотке крови**	55,00	2	110,00
31	A26.06.048 A26.06.049	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови методом ИФА ** Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови методом ИФА**	248,00	2	496,00
32	A26.06.036	Определение антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови	232,00	2	464,00
33	A26.06.041.002	Определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови	232,00	2	464,00
34	A12.05.005 A12.05.006	Определение основных групп крови в системе АВО, определение антигена D системы Резус (резус-фактор)	465,00	1	465,00
35	A09.05.065	Исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови	398,00	1	398,00
36	A26.21.007	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого из уретры на хламидии трахоматис (Chlamydia trachomatis)	360,00	1	360,00
37	A26.06.071.001	Определение антител класса G (IgG) к вирусу краснухи (Rubella virus) в крови	405,00	1	405,00
38	A26.28.003	Микробиологическое (культуральное) исследование мочи на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы (ручной метод)*	934,00	2	1 868,00

39	A26.20.008	Микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы (ручной метод)*	1 402,00	1	1 402,00
40	A26.20.021	Определение антигена (ДНК) стрептококка группы В (S, agalactiae) в отделяемом цервикального канала методом ПЦР	404,00	1	404,00
41	A12.20.001	Микроскопическое исследование влагалищных мазков	175,00	3	525,00
42	A08.30.007	Просмотр цитологического препарата	675,00	1	675,00
Послеродовой период (42 календарных дня после родов)					
43	B01.001.002	Прием (осмотр, консультация) врача акушера-гинеколога повторный	1 000,00	2	2 000,00
44	A04.20.001.001	Ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное	1 000,00	1	1 000,00
45	B03.016.002	Общий (клинический) анализ крови	148,00	1	148,00
46	B03.016.006	Общий (клинический) анализ мочи	210,00	1	210,00
47	A12.20.001	Микроскопическое исследование влагалищных мазков	175,00	1	175,00
		Итого:		117	59 078,00

* в плановом порядке используется ручной метод (случае необходимости, по показаниям, используется аппаратный метод по стоимости согласно действующего прейскуранта)

** исследование проводится по договору на базе ОБУЗ "КОМКБ"

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 Российской Федерации от 11.05.2023 г. № 736,

Я, _____,
_____, дата рождения _____, в рамках Договора об оказании платных медицинских услуг № _____ от _____ года, желаю получить платные медицинские услуги в Областном бюджетном учреждении здравоохранения «Областной перинатальный центр» (далее — Учреждение), по адресу: 305005, г. Курск, проспект Вячеслава Клыкова, 100 при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. 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», Постановлении Правительства Российской Федерации от 11.05.2023г. № 736 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесение изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу Постановление Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 года №1006».

2. В соответствии с требованиями ст. 20, 22 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 года, я информирован (а), что необходимым предварительным условием оказания медицинской помощи является получение моего добровольного информированного согласия, а также я имею право отказаться от получения медицинской помощи. Я даю согласие, в соответствии с требованиями ст. 20, 22 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 года.

3. Я ознакомился (ась) с «Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи в Курской области», об условиях и сроках получения бесплатной медицинской помощи информирован (а). Мне разъяснен порядок оказания бесплатной медицинской помощи.

Получив от сотрудников Учреждения полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в данном Учреждении за счет средств ОМС в порядке существующей очереди на оказание медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг вне очереди, в связи с тем, что _____ и

готов (а) их оплатить.

4. Мне разъяснено, и я осознал (а), что проводимое лечение не гарантируют 100% результат, и что при проведении лечебных и диагностических манипуляций или операций и после их проведения, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.

5. Я согласен (а) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Учреждение не несет ответственности за их возникновение.

6. Я проинформирован (а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях Российской Федерации, и подтверждаю свое желание на получение медицинских услуг на платной основе, именно в данном Учреждении, о чем свидетельствует моя подпись под этим документом

Потребитель: _____.

Дата: _____ г.

Подпись: _____ / _____ /

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

Подпись _____ / _____ /
(Ф.И.О. представителя исполнителя)

Главному врачу ОБУЗ ОПЦ
М.Н. Антюхиной

**Заявление
пациента о согласии на получение дополнительных платных
медицинских услуг**

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 Российской Федерации от 11.05.2023 года № 736,

Я, _____,
дата рождения _____, в рамках Договора об оказании платных медицинских услуг № _____ от _____ года,

заявляю о согласии на получение и оплату дополнительных платных медицинских услуг в Областном бюджетном учреждении здравоохранения «Областной перинатальный центр» при этом:

1. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.
2. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.
3. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие виды дополнительных медицинских услуг, которые я хочу получить в Областном бюджетном учреждении здравоохранения «Областной перинатальный центр» и согласен(на) оплатить услуги:

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Цена (руб.)	Кол-во	Стоимость (руб.)
1				
2				
3				
4				
5				

4. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость указанной(ых) медицинской(их) услуги в соответствии с ним.

5. Виды выбранных мною дополнительных услуг согласованы с врачом, и я даю свое согласие на их оплату в Областном бюджетном учреждении здравоохранения «Областной перинатальный центр» в сумме _____ (_____) рублей.

Потребитель: _____.

Дата: _____ г. Подпись: _____ / _____ /

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

Подпись _____ / _____ /
(Ф.И.О. представителя исполнителя)

**Информированное добровольное согласие пациента (потребителя)
на обработку персональных данных**

г. Курск, пр. В.Клыкова, 100 «__» _____ 202__ г.

время

Я, _____
_____, дата рождения, паспорт _____

в рамках Договора об оказании платных медицинских услуг № _____ 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 мои 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 правами, 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. Потребителя

подпись

Уполномоченный представитель
медицинской организации _____

подпись

(Ф.И.О. должность)

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

В соответствии с пунктом 24 раздела IV Постановления Правительства Российской Федерации от 11.05.2023г. № 736 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесение изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу Постановление Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 года №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 Потребителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

Потребитель

ФИО: _____

Дата рождения: _____

Место жительства: _____

Зарегистрирован по адресу: _____

Контактный телефон _____

Подпись _____

« _____ » _____

Памятка
к договору на оказание платных медицинских услуг при ведении беременности

город Курск

« ____ » _____ 202__ года

Я, _____
(ФИО пациентки)

Даю согласие:

- на оказание платных медицинских услуг _____ (подпись пациента)

Ознакомлена:

- что имею право в рамках Программы государственных гарантий на бесплатную медицинскую помощь по месту жительства _____ (подпись пациента);

- с перечнем платных медицинских услуг, которые включены в договор на оказание платных медицинских услуг при ведении беременности в ОБУЗ «ОПЦ» и не возражаю, что перечень медицинских услуг в рамках договора является приблизительный, с учетом клинических рекомендаций при ведении беременности, а в случае необходимости, по показаниям врача, возможно увеличение количества медицинских услуг, которые оказываются за дополнительную плату согласно прейскуранту цен ОБУЗ «ОПЦ» _____ (подпись пациента);

- что имею право в течение 42 календарных дней после родов обратиться к врачу-акушеру-гинекологу, наблюдавшего беременность за консультацией и обследованием в рамках договора _____ (подпись пациента);

- что имею право на выбор врача-акушера-гинеколога, который будет вести беременность и не возражаю на определение врача-акушера-гинеколога, который будет вести беременность заведующей центром охраны здоровья семьи и репродукции, в случае своей неопределенности, не возражаю, что в случае отсутствия врача-акушера-гинеколога, по уважительным причинам, временно направляюсь на прием к другому врачу-акушеру-гинекологу, ведущему наблюдение за беременными _____ (подпись пациента);

- что врач имеет право, но НЕ ОБЯЗАН предоставлять свой личный номер телефона для заочных консультаций _____ (подпись пациента);

- что в случае предоставления врачом личного номера телефона с целью консультаций, звонки возможно осуществлять только в рабочие дни с 08.00 по 20.00 _____ (подпись пациента)

- с графиком и режимом работы учреждения _____ (подпись пациента)

Мне разъяснено что:

- в случае досрочного расторжения Договора по инициативе Пациентки, оплачиваются Исполнителю фактически оказанные медицинские услуги.

- в случае полного или частичного неокказания Исполнителем платных «Медицинских услуг» Пациентке в рамках настоящего Договора по независящим от сторон причинам, возвращаются денежные средства по письменному заявлению Пациентки, в срок, не превышающий 10 (десять) календарных дней, за не оказанные медицинские услуги.

- случае если по каким-либо причинам, объем предоставляемых Потребителю платных медицинских услуг, предусмотренных настоящим Договором, сократится либо предоставление платных медицинских услуг в рамках настоящего Договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Исполнитель осуществляет возврат денежных средств, по письменному заявлению Пациентки.

- что предварительную информацию по договору можно получить по телефону 32-48-68 (планово-экономический отдел)

« ____ » _____ 202__ года

_____ (ФИО, подпись пациента)