Приложение №2

Утверждено

приказом ГБУЗ АО АМОКБ

от04.05.2017 №140

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПОТРЕБИТЕЛЯ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПОТРЕБИТЕЛЯ) НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ (НЕМЕДИЦИНСКИХ) УСЛУГ (ОТКАЗА ОТ БЕСПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ)**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

в рамках договора №\_\_\_\_\_ от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_г. о предоставлении платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги в ГБУЗ АО АМОКБ (далее по тексту – Учреждение). При этом:

1. Я получил(а) от сотрудников Учреждения полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в данном учреждении в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и даю свое согласие на предоставление мне платных медицинских услуг.

2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько или целый комплекс платных услуг.

3. Мне разъяснено, я полностью осознаю и согласен, что проводимое мне лечение не гарантирует 100% результат и что используемая при моем лечении технология не может на 100% исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных индивидуальными биологическими особенностями организма даже в том случае, если предоставленная медицинская услуга была осуществлена с учетом всех необходимых требований.

4. Я в доступной для меня форме осознаю и согласен, что для получения лучших результатов лечения, я должен(а) исполнять все назначения, рекомендации указания врачей Учреждения, предоставляющего мне платную услугу. Я уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) врачей Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на моем состоянии. Я в доступной форме ознакомлен(а) с необходимой и интересующей меня информацией о состоянии моего здоровья и добровольно даю свое согласие на проведение мне, в соответствии с назначениями врача диагностических исследований и выполнения медицинского вмешательства. Мне даны рекомендации по соблюдению правил поведения до, в процессе и после выполнения медицинского вмешательства. Мне разъяснена необходимость незамедлительного обращения за медицинской помощью в случае ухудшения состояния здоровья после медицинского вмешательства. Я ознакомлен(а) с планом медицинского вмешательства и действием лекарственных препаратов, с возможными изменениями медикаментозной терапии в случае непереносимости лекарственных препаратов и других методов лечения, которые могут быть назначены иными врачами. Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах с моим здоровьем, в т.ч. аллергических проявлениях, индивидуальной непереносимости лекарственных средств, препаратов и иных отклонениях организма от нормы.

Я ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в ГБУЗ АО АМОКБ и обязуюсь их соблюдать.

6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения, и по согласованию с врачом были выбраны виды платных услуг, которые я желаю получить на платной основе.

7. Я ознакомлен(а) с действующим в учреждении здравоохранения прейскурантом цен на платные медицинские услуги и согласен(а) оплатить стоимость медицинских (ой) услуг (и) в соответствии с ним в кассу учреждения здравоохранения либо безналичным перечислением на лицевой счет учреждения.

8. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания, могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанных (ой) услуг (и) в данном учреждении здравоохранения.

9. Настоящий документ мною внимательно прочитан, претензий и замечаний не имеется, в связи с чем я отказываюсь от бесплатной медицинской помощи и даю согласие на проведение платных медицинских (ой) услуг (и).

**Потребитель**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(подпись) (расшифровка подписи)*

**Законный представитель Потребителя**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(подпись) (расшифровка подписи)*

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

(Указать документ , на основании которого действует законный представитель)

Приложение №3

Утверждено

приказом ГБУЗ АО АМОКБ

от04.05.2017 №140

**УВЕДОМЛЕНИЕ**

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области Александро-Мариинская областная клиническая больница (ГБУЗ АО АМОКБ) уведомляет, 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.

С прейскурантом ознакомлен(а). До моего сведения в доступной форме доведена информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

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

(подпись) (расшифровка подписи) (дата)

Приложение №4

Утверждено

приказом ГБУЗ АО АМОКБ

от 04.05.2017 № 140

**Договор об оказании платных медицинских (немедицинских) услуг физическим лицам №**

г.Астрахань «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г.

Гражданин (ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, имеющий намерение получить платные медицинские (немедицинские услуги) (далее – услуги) лично, именуемый в дальнейшем «Потребитель»,

Или гражданин (ка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, имеющий намерение заказать (приобрести) медицинские (немедицинские) услуги в пользу «Потребителя»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Заказчик», с одной стороны, и государственное бюджетное учреждение здравоохранение Астраханской области Александро-Мариинская областная клиническая больница (ГБУЗ АО АМОКБ), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (должность, Ф.И.О.), действующего на основании доверенности № \_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_, с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1.Предмет договора**

1.1. Исполнитель по настоящему договору обязуется предоставить Потребителю с учетом медицинских показаний медицинские (немедицинские) услуги (приложение № 1 к договору), а Потребитель обязуется принять и оплатить их. Платные медицинские услуги предоставляются на основании перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности: № ЛО30-01 001752 выдана 28.11.2017 г. Министерством здравоохранения Астраханской области (г. Астрахань ул. Татищева,16 «В» тел.(8512) 54-16-19) и приложениях к ней.

1.2.. Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта (протокола) медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения РФ, либо по просьбе Потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи. При предоставлении платных медицинских услуг должны соблюдаться порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения РФ.

1.3. Медицинские услуги оказываются как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. Срок оказания амбулаторно-поликлинических услуг производится в день явки при совпадении указанного дня с днем работы специалиста, оказывающего услугу. Если предусмотрена предварительная запись на прием к специалисту, оказывающему услугу, то услуга оказывается в день записи потребителя на приём к специалисту.

1.4. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном [законодательством](http://home.garant.ru/#/document/12191967/entry/20) Российской Федерации об охране здоровья граждан.

1.5. Потребитель (Заказчик) согласен, что «Прием (осмотр, консультация) первичный – это первое обращение пациента к конкретному врачу-специалисту, а «Прием (осмотр, консультация) повторный – это все последующие обращения пациента к этому врачу-специалисту в течение одного месяца с момента первичного обращения, независимо от причины обращения».

1.6. При заключении настоящего договора «Заказчик» подтверждает, что получил разрешение «Потребителя» на предоставление ему информации, составляющей врачебную тайну, в связи с реализацией настоящего договора.

**2. Права и обязанности сторон**

2.1. Обязанности Исполнителя:

2.1.1. Оказать услуги, указанные в пункте 1.1. настоящего договора, качество которых должно соответствовать требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида;

2.1.2. По окончании исполнения обязательств по настоящему договору выдать Потребителю (законному представителю потребителя, (Заказчику) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

2.1.3. Сохранить врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.1.4. Незамедлительно информировать «Потребителя» («Заказчика») об обнаруженной невозможности получить ожидаемые результаты или нецелесообразности продолжения оказания услуг.

2.1.5. Предоставлять Потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию: в доступной для него форме информацию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения; об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению; по требованию Потребителя и (или) Заказчика для ознакомления: копию лицензии с приложением перечня работ (услуг), учредительных документов.

2.1.6. При оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством РФ требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

2.1.7. В случае если при предоставлении платных услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя (Заказчика). Без согласия Потребителя (Заказчика) исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.1.8. В случае если при предоставлении платных услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с  [Федеральным законом](http://home.garant.ru/#/document/12191967/entry/0)  №323 –ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

2.2. Обязанности Потребителя (Заказчика):

2.2.1. своевременно и в полном объеме оплатить предоставляемые медицинские (немедицинские) услуги;

2.2.2. до оказания медицинской услуги информировать Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, об изменении отмене получения медицинских услуг, а также о получаемых на день обращения либо полученных незадолго до обращения процедурах, лечении, результатах предыдущих обследований, которые могут оказать влияние на качество медицинской услуги, состояние здоровья Потребителя, либо препятствовать оказанию медицинских услуг;

2.2.3. выполнять рекомендации исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, полученных в связи с оказанием услуг; заботиться о сохранении своего здоровья;

2.2.4. соблюдать общепринятые нормы поведения в общественных местах,

2.2.5. подписать акт об оказании услуг не позже дня его получения.

2.3. Права Потребителя:реализовывать права, вытекающие из обязанностей Исполнителя по настоящему договору законодательства РФ.

**3. Стоимость услуг и порядок платежей**

3.1. Медицинские (немедицинские) услуги, предоставляемые Исполнителем по настоящему договору, оплачиваются Потребителем в соответствии с действующим прейскурантом Исполнителя (в российских рублях) путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или банковской картой до оказания медицинской (немедицинской ) услуги.

3.2. Потребителю (Заказчику) выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставляемых медицинских (немедицинских) услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца). Акт оказанных услуг.

3.3. В случае прекращения оказания медицинских (немедицинских) услуг (отказ от получения оплаченных медицинских(немедицинских) услуг Потребителем, отмена услуги по медицинским показаниям либо по независящим от сторон обстоятельствам), денежные средства за неоказанные услуги возвращаются Исполнителем на основании следующих документов: заявления о возврате денежных средств, платежных документов, при предъявлении паспорта (документа, удостоверяющего личность).

**4. Ответственность сторон**

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

4.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.3. Исполнитель не несет ответственности за результаты оказания медицинской услуги в случаях несоблюдения Потребителем обязанностей, предусмотренных п.2.2.2., 2.2.3., и иных его неправомерных действий.

4.4. Настоящий договор не возлагает на Исполнителя риски не достижения результата оказываемой услуги при условии надлежащего ее оказания.

4.5. Все споры и разногласия, возникающие по настоящему договору или в связи с ним, разрешаются путем переговоров между «Сторонами». В случае невозможности разрешения разногласий путем переговоров они подлежат рассмотрению в суде в порядке, установленном законодательством РФ.

4.6. Обязателен претензионный порядок рассмотрения споров.

**5. Изменение и расторжение договора, срок действия**

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания сторонами и действует до исполнения обязательств сторонами, расторжения (прекращения) договора по соглашению сторон (по инициативе одной из сторон), а также по другим основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

5.2. В случае отказа потребителя после заключения договора от получения медицинских (немедицинских) услуг договор расторгается. Исполнитель информирует потребителя (Заказчика) о расторжении договора по инициативе потребителя, при этом потребитель (Заказчик) оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

5.3. В случае нарушения Потребителем обязанности соблюдать общепринятые нормы поведения в общественных местах, Исполнитель имеет право расторгнуть договор в одностороннем порядке.

5.4.  Договор составляется в 3 экземплярах, один из которых находится у исполнителя, второй - у заказчика, третий - у потребителя. В случае если договор заключается потребителем и исполнителем, он составляется в 2 экземплярах.

**6. Реквизиты и подписи сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **«ИСПОЛНИТЕЛЬ»:** | **«ПОТРЕБИТЕЛЬ» («ЗАКАЗЧИК»):** |
| **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области Александро-Мариинская областная клиническая больница. Лицензия** № ЛО30-01 001752 выдана 28.11.2017 г. Министерством здравоохранения Астраханской области (г.Астрахань ул.Татищева,16 «В» тел.(8512) 54-16-19) приложениям к ней.  414056, г. Астрахань, ул. Татищева, 2  ОГРН 1053000627690 – свидетельство  ИФНС по Ленинскому району г. Астрахани  от 14.07.05 серия 30 № 000780880  ИНН 3016045958 КПП 301901001  ОКПО 01917137  ОКТМО 12701000001  ОГРН 1053000627690  ОКВЭД 86.10  р/сч 40601810300003000001  Минфин Астраханской области  (ГБУЗ АО АМОКБ л/с 20 854 Ч59026)  Банк получатель : Отделение Астрахань  БИК 041203001  КБК – 854 000 00000 00 0000 130  тел.:21-01-99; факс:21-01-89  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /  Фамилия, имя, отчество | **Фамилия, имя, отчество, адрес места жительства и телефон «Потребителя» (законного представителя потребителя):**  ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись «Потребителя»  (законного представителя) / \_\_\_\_\_\_\_\_/  **Фамилия, имя, отчество, адрес места жительства и телефон «Заказчика»:**  ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись «Заказчика» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |