Министерство здравоохранения Хабаровского края

**Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская краевая клиническая больница» имени А.К.**

**Пиотровича министерства здравоохранения Хабаровского края**

**(КГБУЗ ДККБ)**

**ПРИКАЗ**

20.03.2018 № 116

г. Хабаровск

О внесении изменений в документы, регламентирующие

оказание платных медицинских услуг в КГБУЗ ДККБ

В целях упорядочения предоставления платных медицинских услуг населению Хабаровского края, предотвращения незаконных платежей и коррупции со стороны медицинских работников, а также более полного удовлетворения потребностей населения в медицинской, лечебно-оздоровительной и медико-социальной помощи, а также в связи с вступлением в силу с 01 января 2018 года постановления Правительства Хабаровского края от 09 ноября 2017 года № 434-пр “О внесении изменений в постановление Правительства Хабаровского края от 31 августа 2015 г. №275-пр “Об установлении минимальных окладов (минимальных должностных окладов) работников краевых государственных учреждений, подведомственных министерству здравоохранения Хабаровского края, по профессиональным квалификационным группам“”

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. С 01.04.2018 года ввести в действие перечень платных услуг и тарифов, оказываемых КГБУЗ ДККБ, утвержденный 20.03.2018 года.

2. С 01.05.2018 года ввести в действие перечень платных услуг и тарифов, оказываемых КГБУЗ ДККБ гражданам, застрахованным по договорам добровольного медицинского страхования, утвержденный 20.03.2018 года.

3. Признать утратившим силу с 01.04.2018 года перечень платных услуг и тарифов, оказываемых КГБУЗ ДККБ, утвержденный 12.12.2016 года.

4. Признать утратившим силу с 01.05.2018 года перечень платных услуг и тарифов, оказываемых КГБУЗ ДККБ, застрахованным по договорам добровольного медицинского страхования, утвержденный 12.12.2016 года.

5. Утвердить прилагаемые:

- положение о порядке и условиях предоставления населению платных услуг (Приложение № 1);

- положение о расходовании финансовых средств, полученных от оказания платных услуг (Приложение № 2);

- положение о порядке оплаты труда работников, занятых оказанием платных медицинских услуг (Приложение № 3);

- форму договора на оказание платных услуг (Приложение № 4);

- форму информированного согласия на предоставление платной медицинской услуги (Приложение № 5);

- перечень страховых медицинских организаций, с которыми заключены договоры на оказание медицинских услуг по добровольному медицинскому страхованию (Приложение № 6);

- перечень категорий граждан и условий, на которых могут оказываться платные медицинские услуги в КГБУЗ ДККБ (Приложение № 7).

 6. Заведующим отделениями:

6.1. Организовать оказание плановой платной медицинской помощи, в том числе по добровольному медицинскому страхованию, в соответствии с утвержденным положением о порядке и условиях предоставления населению платных медицинских услуг.

6.2. Организовать контроль за качеством оказываемой помощи и соблюдение санитарно-эпидемиологического режима при предоставлении платных услуг.

6.3. Обеспечить выполнение в полном объеме плана гарантированных видов бесплатной медицинской помощи.

* 1. Строго соблюдать правила внутреннего трудового распорядка.

6.5. Определить графики работы по платным услугам, исходя из технологического процесса их оказания, порядок обращения граждан за их получением. Разместить указанную информацию, а также перечни оказываемых платных медицинских услуг на стендах в отделениях.

6.6. Обеспечить строгий персонифицированный учет выполненной работы и ежемесячно предоставлять в бухгалтерию протоколы собрания по распределению заработанных средств.

6.7. Незамедлительно оповещать планово-экономический отдел и координаторов страховых компаний об обращении пациентов с полисами добровольного медицинского страхования.

6.8. Стационарные карты и талоны амбулаторного пациента оформлять выделенной пометкой – “ДМС “ или “Платная услуга“.

 7. Заведующей консультативно-диагностической поликлиникой Мосуновой Н.П., заведующей приемным отделением Казариновой Н.И. :

7.1. Обеспечить полную и доступную информацию для граждан по гарантированным видам бесплатной медицинской помощи и условиям их предоставления.

7.2. Разместить информацию обо всех видах платных медицинских услуг и условиях их оказания в КГБУЗ ДККБ.

8. Заведующей отделом организационно-методической работы и медицинской статистики Лаптевой З.Н.:

8.1. Вести раздельный учет по оказанным платным медицинским услугам и добровольному медицинскому страхованию. 8.2. Амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь по платным медицинским услугам и по добровольному медицинскому страхованию в объемах помощи учитывать отдельно. В выполнение плановых показателей работы отделений и учреждения не включать.

 9. Главному бухгалтеру Матющенко С.Ю. обеспечить прием наличных денежных средств, соблюдение кассовой дисциплины, ведение раздельного бухгалтерского учета доходов и расходов по платным услугам, своевременную уплату налогов в соответствии с действующим законодательством.

10. Заместителю главного врача по экономическим вопросам:

10.1. Организовать формирование и утверждение прейскурантов цен при введении новых платных услуг в учреждении при индексации заработной платы, изменении окладов или накладных расходов.

10.2. Организовать заключение договоров со страховыми медицинскими

организациями по добровольному медицинскому страхованию, формирование и согласование прейскурантов цен на услуги по добровольному медицинскому страхованию.

10.3. Организовать заключение договоров с предприятиями (организациями) на оказание медицинских услуг.

 11. Начальнику отдела формирования доходов Смолякову П.А. осуществлять контроль за недопущением подачи на оплату за счет средств обязательного медицинского страхования медицинской помощи, оплаченной по добровольному медицинскому страхованию и платным услугам.

 12. Назначить координаторами оказания платной медицинской помощи, в том числе по добровольному медицинскому страхованию заместителя главного врача по медицинской части Мирзоева Р.А., заместителя главного врача по педиатрическому разделу работы Ульянову Е.А., заместителя главного врача по хирургическому разделу работы Фирсова А.А., заместителя главного врача по организационно-методической и клинико-экспертной работе Чешевой Н.Н. в соответствии с закрепленными за ними структурными подразделениями учреждения.

 13. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

Главный врач И.Н. Гончаров

 Приложение №1

 к приказу КГБУЗ ДККБ

 от 20.03.2018 г № 116

 Утверждаю:

 Главный врач КГБУЗ ДККБ

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/И.Н. Гончаров/

 «20» марта 2018 г.

Положение

о порядке и условиях предоставления населению платных медицинских услуг

Краевым государственным бюджетным учреждением здравоохранения

«Детская краевая клиническая больница» имени А.К. Пиотровича

министерства здравоохранения Хабаровского края

1. Общие положения и основные понятия

1.1. Настоящее Положение определяет организацию предоставления платных медицинских услуг, оказываемых краевым государственным бюджетным учреждением здравоохранения «Детская краевая клиническая больница» имени А.К. Пиотровича Министерства здравоохранения Хабаровского края (далее – Учреждение) за счет средств организаций, учреждений, предприятий и других хозяйствующих субъектов независимо от форм собственности, личных средств граждан, а также по программам добровольного медицинского страхования.

1.2. Положение разработано в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», приказом министерства здравоохранения Хабаровского края от 30.11.2011 г № 28 “Об утверждении порядка определения платы для физических и юридических лиц за услуги (работы), относящиеся к основным видам деятельности государственных бюджетных учреждений, находящихся в ведении министерства здравоохранения Хабаровского края, оказываемые ими сверх установленного государственного задания, а также в случаях, определенных федеральными законами, в пределах установленного государственного задания”, приказом министерства здравоохранения Хабаровского края от 29.01.2013 г № 1 “О внесении изменений в приказ министерства здравоохранения Хабаровского края от 30.11.2011 г № 28”, распоряжение министерства здравоохранения Хабаровского края от 30.01.2013 г № 146-р “О платных услугах”, приказом министерства здравоохранения от 19.12.2013г №23, приказом министерства здравоохранения от 29.08.2013 №15. 1.3. Платные медицинские услуги вводятся Учреждением в целях более полного удовлетворения потребностей населения в медицинской, лечебно-оздоровительной и медико-социальной помощи.

1.4. Платные медицинские услуги предоставляются Учреждением населению в виде консультативной амбулаторно-поликлинической, лечебно-диагностической и стационарной помощи.

 2. Организация предоставления платных медицинских услуг

2.1. Платные медицинские услуги в Учреждении могут предоставляться в случаях:

- оказания гражданам необходимой высокотехнологичной медицинской помощи сверх объемов, устанавливаемых в соответствии с законодательством о государственных гарантиях медицинской помощи;

- оказания гражданам медицинской помощи в объемах, превышающих установленные стандартами медицинской помощи;

- оказания гражданам медицинской помощи в порядке или на условиях, превышающих требования к оказанию медицинской помощи, предусмотренные Территориальной программой государственных гарантий оказания населению Хабаровского края бесплатной медицинской помощи;

- в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации и Хабаровского края.

2.2. Платные медицинские услуги в Учреждении предоставляются в пределах:

- закрепленного в уставе Учреждения права на осуществление предпринимательской деятельности;

- действующей лицензии на медицинскую деятельность;

и на основании:

- персонифицированного учета оказанных медицинских услуг;

- следующих документов, определяющих общий порядок оказания платных медицинских услуг в Учреждении:

- настоящего положения о порядке и условиях предоставления населению платных услуг;

- положения о расходовании финансовых средств, полученных от оказания платных услуг;

- положения о порядке оплаты труда работников, занятых оказанием платных медицинских услуг;

- перечня платных видов услуг и тарифов;

- приказа по Учреждению об организации и предоставлении платных услуг населению;

- договоров на оказание платных услуг.

 Учреждение обязано предоставить достоверную, доступную и бесплатную информацию для пациентов, включающую в себя:

- виды и объемы медицинской помощи, оказываемые по Территориальной программе государственных гарантий оказания населению Хабаровского края бесплатной медицинской помощи;

- виды и объемы медицинской помощи, оказываемые на платной основе;

- тарифы на платные медицинские услуги, утвержденные в установленном порядке, с предоставлением калькуляции по желанию пациента;

- квалификацию и сертификацию специалистов, график их работы по предоставлению услуг на платной основе, условия и порядок предоставления платных услуг;

- место предоставления платных услуг и режим работы Учреждения.

 2.4. В случае оказания пациенту по его желанию на платной основе медицинских услуг, входящих в Территориальную программу государственных гарантий оказания населению Хабаровского края бесплатной медицинской помощи, Учреждение обязано информировать пациента о возможности получения им данной услуги бесплатно. Кроме этого, Учреждение должно дополнительно к договору получить письменное согласие пациента на платную медицинскую услугу, содержащее информацию об ознакомлении пациента об имеющейся альтернативе бесплатного получения медицинских услуг и волеизъявление пациента на получение медицинских услуг за плату.

Отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2.5. До заключения договора исполнитель в письменной форме уведомляет потребителя (заказчика) 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.

2.5. В число работников, принимающих участие в оказании платных услуг, могут включаться специалисты из других учреждений здравоохранения, научно-исследовательских институтов, высших учебных заведений, принимаемые на работу в учреждение на основании трудовых или гражданско-правовых договоров.

2.6. Оказание платных медицинских услуг производится в период вне основной работы медицинского персонала. Оказание платных медицинских услуг в основное рабочее время допускается в порядке исключения (при условии первоочередного оказания гражданам бесплатной медицинской помощи и при выполнении специалистами объемов медицинской помощи по Территориальной программе государственных гарантий оказания населению Хабаровского края бесплатной медицинской помощи) в случаях, когда технология их проведения ограничена рамками основного рабочего времени учреждения здравоохранения. При этом часы работы медицинского персонала, оказывающего платные медицинские услуги во время основной работы, продлеваются на время, затраченное на их проведение.

2.7. При предоставлении платных медицинских услуг должны соблюдаться порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.8. Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.9. Учреждение предоставляет платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве – требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.

В случаях если федеральным законом, иными нормативными правовыми актами РФ предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг, качество предоставляемых платных медицинских услуг должно соответствовать этим требованиям.

2.10. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством РФ об охране здоровья граждан.

2.11. Исполнитель предоставляет потребителю (законному предста-вителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

2.12. Исполнитель обязан при оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

3. Предоставление платных медицинских услуг по программам

добровольного медицинского страхования.

3.1. Учреждение может оказывать медицинские услуги застрахованным по программам добровольного медицинского страхования в соответствии с действующим законодательством и настоящим Положением.

4. Формирование тарифов, расчетов на платные медицинские услуги

и учет денежных средств

4.1. При расчете стоимости платных услуг Учреждение руководствуется приказом министерства здравоохранения Хабаровского края от 30.11.2011 г № 28 “Об утверждении Порядка определения платы для физических и юридических лиц за услуги (работы), относящиеся к основным видам деятельности краевых государственных бюджетных учреждений, находящихся в ведении министерства здравоохранения Хабаровского края, оказываемые ими сверх установленного государственного задания, а также в случаях, определенных федеральными законами, в пределах установленного государственного задания”.

4.2. Предоставление платных медицинских услуг оформляется Договором, которым регламентируются условия и сроки их получения, порядок расчетов, права, обязанности и ответственности сторон. Договор составляется в трех экземплярах, один из которых находится у исполнителя, второй – у заказчика, третий – у потребителя. В случае если договор заключается потребителем и исполнителем, он составляется в двух экземплярах. Договор со стороны больницы подписывается главным врачом, либо лицом, его замещающим.

 4.3. На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена калькуляция. Ее составление по требованию потребителя (заказчика) или исполнителя является обязательным, при этом она является неотъемлемой частью договора.

4.4. В случае если при предоставлении платных медицинских 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.

4.5. В случае если при предоставлении платных медицинских 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 “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”.

4.6. При оказании платных медицинских услуг потребителю платных услуг должен быть разъяснен порядок процедуры, риск и вероятность осложнений. При оказании платных медицинских услуг, связанных с риском инфекционного заражения, пациент обязан сообщить об отсутствии или наличии у него инфекционного заболевания. Запись об этом фиксируется в журнале приема потребителей платных медицинских услуг и удостоверяется личной подписью пациента.

4.7. В случае отказа потребителя, после заключения договора, от получения медицинских 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.

4.8. Потребитель (заказчик) обязан оплатить предоставленную исполнителем медицинскую услугу в сроки и в порядке, которые определены договором.

4.9. Потребителю (заказчику) в соответствии с законодательством РФ выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).

4.10. Исполнителем, после исполнения договора, выдаются потребителю (законному представителю потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

4.11. Заключение договора добровольного медицинского страхования и оплата медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с указанным

договором, осуществляются в соответствии с Гражданским кодексом РФ и Законом РФ “Об организации страхового дела в Российской Федерации”.

4.12. Доходы, полученные от оказания платных услуг (работ), направляются на покрытие расходов, связанных с их оказанием. Оставшиеся средства направляются на содержание и развитие материально-технической базы учреждений, а также на осуществление мероприятий по привлечению и закреплению в учреждении медицинских (фармацевтических) работников.

4.13. Распределение средств, полученных от оказания платных услуг в Учреждении, производится в соответствии с утвержденным положением о расходовании финансовых средств, полученных от оказания платных услуг.

4.14. Оплата труда работников, участвующих в оказании платных медицинских услуг, а также сотрудников, содействующих их организации, производится в соответствии с положением о расходовании финансовых средств, полученных от оказания платных услуг и по добровольному медицинскому страхованию, утверждаемым руководителем учреждения здравоохранения.

4.15. Отчетность и порядок налогообложения доходов Учреждения от предпринимательской деятельности устанавливается в соответствии с Налоговым кодексом Российской Федерации, другими действующими нормативными правовыми документами.

Заместитель главного врача

по экономическим вопросам Р.Н. Федоров

 Приложение №2

 к приказу КГБУЗ ДККБ

 от 20.03.2018 г № 116

 Утверждаю

 Главный врач КГБУЗ ДККБ

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/И.Н. Гончаров/

 «20» марта 2018 г.

Положение о расходовании финансовых средств,

полученных от оказания платных услуг

и по добровольному медицинскому страхованию

в КГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» имени А.К. Пиотровича

 Использование полученных средств проводится согласно плана финансово-хозяйственной деятельности, утвержденного Министерством здравоохранения Хабаровского края.

 Доходы, полученные от оказания платных медицинских услуг, направляются на покрытие расходов, связанных с их оказанием. Оставшиеся средства направляются:

- на выплаты стимулирующего характера медицинскому персоналу, непосредственно оказывающему платные медицинские услуги и персоналу, содействующему в организации;

- на содержание и развитие материально-технической базы, а также на осуществление мероприятий по привлечению и закреплению в учреждении медицинских (фармацевтических) работников.

 Оплата труда работников, участвующих в оказании платных медицинских услуг, а также сотрудников, содействующих их организации, производится в соответствии с порядком распределения средств, направленных на выплату заработной платы, утверждаемым главным врачом больницы (приложения №1,2 к настоящему Положению).

 Размер материального поощрения руководителю учреждения здравоохранения за организацию работы по оказанию платных медицинских услуг определяется по соглашению сторон трудового договора в порядке, установленном действующим распоряжением министерства здравоохранения Хабаровского края “Об оплате труда руководителя, заместителей руководителя, главного бухгалтера, главной медицинской сестры(акушерки) краевого государственного бюджетного (автономного) учреждения, подведомственного министерству здравоохранения Хабаровского края” (приложение № 3 к настоящему Положению).

Заместитель главного врача

по экономическим вопросам Р.Н. Федоров

 Приложение №3

 к приказу КГБУЗ ДККБ

 от 20.03.2018 г № 116

 Утверждаю:

 Главный врач КГБУЗ ДККБ

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/И.Н. Гончаров/

 «20» марта 2018 г

Положение о порядке оплаты труда работников,

занятых оказанием платных медицинских услуг,

в КГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» имени А.К. Пиотровича

1. Заработная плата, выплачиваемая работникам КГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» имени А.К. Пиотровича от оказания платных медицинских услуг, в том числе и по добровольному медицинскому страхованию, является дополнительной, не гарантированной заработной платой.
2. Для оплаты труда работников, участвующим в оказании платных медицинских услуг в КГБУЗ ДККБ применяется сдельная форма оплаты труда, то есть сумма заработной платы напрямую зависит от оказанного объема платных медицинских услуг. В стационарных подразделениях дополнительная заработная плата выплачивается при условии пролеченных платных больных сверх плановых заданий, установленных для отделения по Территориальной программе государственных гарантий.
3. Размер оплаты труда каждого работника, участвующего в оказании платных медицинских услуг в КГБУЗ ДККБ, определяется, исходя из оказанного объема платных медицинских услуг, на основании Положения о расходовании финансовых средств, полученных от оказания платных услуг, и начисляется на основании протокола собрания подразделения, предоставленного в бухгалтерию.
4. Заработная плата выплачивается работникам ежемесячно в сумме, указанной в протоколе собрания подразделения.

Заместитель главного врача

по экономическим вопросам Р.Н. Федоров

 Приложение № 5

 к приказу КГБУЗ ДККБ

 от 20.03.2018 г № 116

 Утверждаю:

 Главный врач КГБУЗ ДККБ

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/И.Н. Гончаров/

 «20» марта 2018 г

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**на медицинские вмешательства, в т. ч. на виды медицинских вмешательств, включенные в перечень определенных видов (манипуляция, забор анализа) за счет личных средств граждан**

ФИО пациента, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Этот раздел заполняется**  **на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:** **Я, ФИО** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **адрес:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **паспорт:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) несовершеннолетнего или лица, признанного недееспособным: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО несовершеннолетнего или лица, признанного недееспособным) |

обратился в КГБУЗ «ДККБ» (далее - ДККБ) за медицинскими услугами и добровольно подтверждаю следующее:

Я ознакомлен с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в ДККБ, и обязуюсь их соблюдать.

Мне гарантирована конфиденциальность передаваемых мною сведений.

Мне предоставлена информация о ДККБ (исполнителе услуг): полное и сокращенное наименование, адрес ДККБ, виды деятельности (медицинские услуги); сведения об органе, осуществившем государственную регистрацию юридического лица; срок действия лицензии, наименование, адрес и телефон выдавшего ее лицензирующего органа.

Мне предоставлена 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. Однако выражаю свое волеизъявление на получение медицинских (ой) услуг(и) **платно**.

Я получил сведения о медицинских услугах, в т. ч. которые мне будут оказаны: качестве оказания, перечне медицинских услуг, условиях и сроках их предоставления и получения, правилах и условиях эффективного и безопасного использования медицинских услуг, в т. ч. результата; сведения о квалификации и наличии сертификатов у специалистов, график их работы, в т. ч. моего лечащего врача; информацию об адресах и телефонах вышестоящих организаций и органа защиты прав потребителей.

Я подтверждаю, что мне предоставлена полная информация о правах пациента, а также о рисках и предполагаемых результатах медицинской услуги.

Я информирован о том, что негативные последствия для здоровья (вред жизни и здоровью, временная либо постоянная нетрудоспособность и др.), как и недостаточная эффективность медицинской услуги возможны в следующих ситуациях:

- вследствие возрастных, наследственных, иммунологических и других особенностей организма;

- вследствие несоблюдения лечебно-охранительного режима;

 - вследствие любых самовольных действий (бездействий) без предварительного согласования с лечащим врачом, в том числе использование по рекомендации врачей других лечебных учреждений, либо самовольно, медицинских услуг, лекарственных средств, биологических добавок, диеты и пр.;

- вследствие самовольного препятствия, полного либо частичного отказа от медицинской услуги;

- при сокрытии сведений, касающихся моего здоровья (имеющих отношение к манипуляции при обращении за медицинской услугой);

- вследствие побочных эффектов от любой составляющей медицинской услуги;

- вследствие случайных, непредвиденных обстоятельств;

- при курении, употреблении алкоголя в любых количествах, приеме наркотических и психотропных средств, сильнодействующих веществ;

- в силу несовершенства медицинской науки и ее методов.

Врачом разъяснены все возможные последствия медицинского вмешательства (в том числе вред жизни и здоровью, временная либо постоянная нетрудоспособность, усиление болевых ощущений, иные неблагоприятные последствия).

Я информирован о том, что после оказания медицинских услуг могут возникнуть некоторые неудобства и болезненные ощущения, которые не могут считаться недостатками услуги (работы), так как являются неотъемлемой частью процесса заживления и восстановления, а также адаптации организма.

Я также информирован о том, что действия (бездействия) с моей стороны с предвидением неблагоприятных последствий и желанием их наступления либо безразличным к ним отношением, вызванное, в том числе полным либо частичным отказом от выполнения требований, предусмотренных данным документом, освобождает учреждение от ответственности.

Я информирован, что в соответствии со ст. 20 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» вправе в любой момент полностью либо частично отказаться от предоставляемых медицинских услуг, в том числе от видов медицинских вмешательств, включенных в перечень определенных видов.

Я, в свою очередь, поставил в известность специалиста обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, в том числе: об отсутствии либо наличии аллергических проявлений, обо всех перенесенных и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т. ч. носительстве ВИЧ, вирусов гепатитов, туберкулезе, полученных анестезиологических пособиях, о воздействующих экологических и производственных факторах, о принимаемых лекарственных средствах и получаемых медицинских услугах. Я сообщил правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств **(нужное подчеркнуть).** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(иные сведения о состоянии здоровья)

Я извещен о том, что мне необходимо немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, осложнениях, возникших в процессе диагностики и лечения; невозможности выполнения настоящего документа, обязательств по договору.

Я информирован о возможности предъявить жалобы, замечания и предложения администрации ДККБ; ознакомлен с графиком приема граждан указанными лицами.

Я подтверждаю, что вся предоставленная мне информация является своевременной, необходимой, достоверной, доступной.

В связи с вышесказанным, я информировано, добровольно и осознанно согласен на предоставление мне медицинских услуг, которые мне необходимы и являются наиболее оптимальными.

Я согласен на проведение в соответствии с назначением врача:

1. необходимых методов исследований в том числе:

* лабораторных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* методов функциональной диагностики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ультразвуковых \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* эндоскопических исследований \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* инвазивных методов диагностики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* диагностических пункций \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Проведение лечебных мероприятий в том числе:

* медикаментозные, инъекции, внутренние вливания
* лечебные пункции

Мне разъяснено, и я осознаю, что во время оказания медицинских услуг могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. Я предупрежден, что в ряде случаев могут потребоваться повторные медицинские услуги, в т.ч. в связи с возможными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это.

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального Закона от 27.07.2006 «О персональных данных» №152-ФЗ, подтверждаю свое **согласие на обработку моих персональных данных,** включающих: фамилию, имя. отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью - в профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Я согласен на передачу сведений, составляющих **врачебную тайну**, выбранным мною лицам, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО гражданина, контактный телефон)

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на осмотр другими медицинскими работниками исключительно в медицинских научных или обучающих целях, с учетом сохранения врачебной тайны (указать согласен или не согласен).

В соответствии со статьей 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» я также согласен на передачу сведений, составляющих врачебную тайну другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях моего медицинского обследования и лечения.

Мне была предоставлена возможность задать все интересующие вопросы, и я получил понятные исчерпывающие ответы.

Любое несогласие с текстом данного документа, а также наличие дополнений либо несоответствия представленной информации реальным обстоятельствам, я при его подписании имею возможность собственноручно внести изменения (дополнения) в текст.

Содержание настоящего документа, являющегося приложением к договору, мною прочитано, полностью понятно и согласовано, что я удостоверяю собственной подписью.

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

 Дата Подпись пациента/законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Медицинский работник

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

 Должность, И.О. Фамилия подпись

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

 (дата) (подпись)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**на медицинские вмешательства, в т. ч. на виды медицинских вмешательств, включенные в перечень определенных видов (за счет личных средств граждан)**

ФИО пациента, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Этот раздел заполняется**  **на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:**

**Я, ФИО** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **адрес:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **паспорт:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) несовершеннолетнего или лица, признанного недееспособным: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО несовершеннолетнего или лица, признанного недееспособным)

обратился в КГБУЗ «ДККБ» (далее - ДККБ) за медицинскими услугами и добровольно подтверждаю следующее:

Лечащий врач предоставил мне гарантию конфиденциальности передаваемых ему сведений.

Я ознакомлен с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в ДККБ, и обязуюсь их соблюдать.

Мне предоставлена информация о ДККБ (исполнителе услуг): полное и сокращенное наименование, адрес ДККБ, виды деятельности (медицинские услуги); сведения об органе, осуществившем государственную регистрацию юридического лица; срок действия лицензии, наименование, адрес и телефон выдавшего ее лицензирующего органа.

Мне предоставлена 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. Однако выражаю свое волеизъявление на получение медицинских (ой) услуг(и) **платно.**

Я получил сведения о медицинских услугах, в т. ч. которые мне будут оказаны: качестве оказания, перечне медицинских услуг, условиях и сроках их предоставления и получения, правилах и условиях эффективного и безопасного использования медицинских услуг, в т. ч. результата; сведения о квалификации и наличии сертификатов у специалистов, график их работы, в т. ч. моего лечащего врача; информацию об адресах и телефонах вышестоящих организаций и органа защиты прав потребителей.

Я подтверждаю, что лечащий врач предоставил мне полную информацию о правах пациента, а также о состоянии моего здоровья, в том числе сведения о результатах моего медицинского обследования, моем диагнозе и о прогнозе развития заболевания, о методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Я информирован о том, что негативные последствия для здоровья (вред жизни и здоровью, временная либо постоянная нетрудоспособность и др.), как и недостаточная эффективность медицинской услуги возможны в следующих ситуациях:

- вследствие возрастных, наследственных, иммунологических и других особенностей организма;

- вследствие несоблюдения лечебно-охранительного режима, рекомендаций (назначений) лечащего врача как в стационаре, так и после выписки из стационара;

- вследствие любых самовольных действий (бездействий) без предварительного согласования с лечащим врачом, в том числе использование по рекомендации врачей других лечебных учреждений, либо самовольно, медицинских услуг, лекарственных средств, биологических добавок, диеты, различных приборов и пр.;

- вследствие самовольного препятствия, полного либо частичного отказа от медицинской услуги;

- при сокрытии от лечащего врача любых сведений, касающихся моего здоровья;

- вследствие побочных эффектов от любой составляющей медицинской услуги;

- вследствие случайных, непредвиденных обстоятельств;

- при курении, употреблении алкоголя в любых количествах, приеме наркотических и психотропных средств, сильнодействующих веществ;

- а также в силу несовершенства медицинской науки и ее методов.

Врачом разъяснены все возможные последствия медицинского вмешательства (в том числе вред жизни и здоровью, временная либо постоянная нетрудоспособность, усиление болевых ощущений, иные неблагоприятные последствия).

Я информирован о том, что после оказания медицинских услуг могут возникнуть некоторые неудобства и болезненные ощущения, которые не могут считаться недостатками услуги (работы), так как являются неотъемлемой частью процесса заживления и восстановления, а также адаптации организма.

Я также информирован о том, что действия (бездействия) с моей стороны с предвидением неблагоприятных последствий и желанием их наступления либо безразличным к ним отношением, вызванное, в том числе полным либо частичным отказом от выполнения требований, предусмотренных данным документом, освобождает учреждение от ответственности.

Я информирован, что в соответствии со ст. 20 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» вправе в любой момент полностью либо частично отказаться от предоставляемых медицинских услуг, в том числе от видов медицинских вмешательств, включенных в перечень определенных видов, но при этом в доступной форме уведомлен о последствиях такого отказа (вред жизни и здоровью, полная либо частичная нетрудоспособность, усиление боли и др.).

Я, в свою очередь, поставил в известность врача об имеющихся проблемах, связанных с моим здоровьем, в том числе: об отсутствии либо наличии аллергических проявлений, обо всех перенесенных и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т. ч. носительстве ВИЧ, вирусов гепатитов, туберкулезе, полученных анестезиологических пособиях, о воздействующих экологических и производственных факторах, о принимаемых лекарственных средствах и получаемых медицинских услугах. Я сообщил правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств **(нужное подчеркнуть)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(иные сведения о состоянии здоровья)

Все эти данные в полном объеме врач зафиксировал в медицинской документации и в моем присутствии.

Я извещен о том, что мне необходимо немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, осложнениях, возникших в процессе диагностики и лечения; невозможности выполнения настоящего документа, обязательств по договору.

Я информирован о возможности предъявить жалобы, замечания и предложения лечащему врачу, администрации ДККБ; ознакомлен с графиком приема граждан указанными лицами.

Я подтверждаю, что вся информация, предоставленная мне лечащим врачом, является своевременной, необходимой, достоверной, доступной.

В связи с вышесказанным, я информированно, добровольно и осознанно согласен на предоставление мне медицинских услуг, которые мне необходимы и являются наиболее оптимальными.

Я согласен на проведение в соответствии с назначением врача:

1. необходимых методов исследований в том числе:

* лабораторных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* методов функциональной диагностики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ультразвуковых \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* эндоскопических исследований \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* инвазивных методов диагностики \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* диагностических пункций \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Проведение лечебных мероприятий в том числе:

* медикаментозные, инъекции, внутренние вливания
* лечебные пункции
* оперативное лечение
* физиотерапевтическое

Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

Мне разъяснено, и я осознаю, что во время оказания медицинских услуг могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае вид и тактика оказания медицинских услуг могут быть изменены врачами с моего письменного согласия. Я предупрежден, что в ряде случаев могут потребоваться повторные медицинские услуги, в том числе в связи с возможными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на их получение.

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального Закона от 27.07.2006 «О персональных данных» №152-ФЗ, подтверждаю свое **согласие на обработку моих персональных данных,** включающих: фамилию, имя. отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью - в профилактических целях, в целях установления диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Я согласен на передачу сведений, составляющих **врачебную тайну**, выбранным мною лицам, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО гражданина, контактный телефон)

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на осмотр другими медицинскими работниками исключительно в медицинских научных или обучающих целях, с учетом сохранения врачебной тайны (указать согласен или не согласен).

В соответствии со статьей 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», я также согласен на передачу сведений, составляющих врачебную тайну другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях моего медицинского обследования и лечения.

Мне была предоставлена возможность задать все интересующие вопросы, и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

Любое несогласие с текстом данного документа, а также наличие дополнений либо несоответствия представленной информации реальным обстоятельствам, я при его подписании имею возможность собственноручно внести изменения (дополнения) в текст.

Содержание настоящего документа, являющегося приложением к договору, мною прочитано, полностью понятно и согласовано, что я удостоверяю собственной подписью.

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

 Дата Подпись пациента/законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Медицинский работник

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

 Должность, И.О. Фамилия подпись

Заместитель главного врача

по экономическим вопросам Р.Н. Федоров

 Приложение № 6

 к приказу КГБУЗ ДККБ

 от 20.03.2018 г № 116

 Утверждаю:

 Главный врач КГБУЗ ДККБ

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/И.Н. Гончаров/

 «20» марта 2018 г

Перечень страховых организаций,

работающих по добровольному медицинскому страхованию

с КГБУЗ "Детская краевая клиническая больница" имени А.К. Пиотровича

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование организации | №договора | Датазаключения |
| 1 | АО “Страховая бизнес группа“ | 2952 | 12.09.2016 |
| 2 | Страховое акционерное общество “ВСК“ | 16730SMU00009 | 03.06.2016 |
| 3 | ЗАО “Страховая группа “УралСиб“ | 1 | 15.01.2008 |
| 4 | АО “СОГАЗ “ | 4215 RB 026 | 15.10.2015 |
| 5 | АО “Страховая компания МетЛайф “ | GMD-02048/05-15 | 11.05.2015 |
| 6 | ОСАО “РЕСО-Гарантия “ | 16-2/14-ХБ | 01.01.2014 |
| 7 | СПАО “Ингосстрах “ | б/н | 19.02.2014 |
| 8 | ООО “Страховая Компания “Согласие “ | 4/2014 | 14.04.2015 |
| 9 | ОАО “АльфаСтрахование “ Хабаровский филиал | 06-14 | 01.01.2014 |
| 10 | ООО Страховая компания “ Альянс Жизнь“ | 515-П, 515-С | 01.01.2008 |
| 11 | ЗАО “Эй И Эй Интернэшнл (Сахалин) ЗАО “ | MED 001/160311 | 16.03.2011 |
| 12 | Дальневосточное железнодорожное акционерное страховое общество “ ДальЖАСО “ | б/н | 02.10.2017 г |

Заместитель главного врача

по экономическим вопросам Р.Н. Федоров

 Приложение № 7

 к приказу КГБУЗ ДККБ

 от 20.03.2018 г № 116

 Утверждаю:

 Главный врач КГБУЗ ДККБ

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/И.Н. Гончаров/

 «20» марта 2018 г

Перечень категорий граждан и условий,

 на которых могут оказываться платные медицинские услуги в КГБУЗ ДККБ

Учреждение, участвующее в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеет право предоставлять платные медицинские услуги:

а) на иных условиях, чем предусмотрено программой, территориальными программами и целевыми программами, по желанию потребителя (заказчика), включая в том числе:

- применение лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, если их назначение и применение не обусловлено жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, входящих в указанный перечень, а также применение медицинских изделий, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, не предусмотренных стандартами медицинской помощи;

б) при предоставлении медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

в) гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации;

г) при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных статьей 21 Федерального закона “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”, и случаев оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и медицинской помощи, оказываемой в неотложной или экстренной форме.

Заместитель главного врача

по экономическим вопросам Р.Н. Федоров