

Приложение № 1

к приказу № 773 от 11 декабря 2023г.

**Положение**

**о порядке и условиях предоставления платных медицинских**

**услуг в государственном автономном учреждении здравоохранения «Анжеро-Судженская городская больница имени А.А. Гороховского»**

1. Общие положения

 1.1. Настоящее положение о предоставлении платных медицинских услуг в государственном автономном учреждении здравоохранения "Анжеро-Судженская городская больница имени А.А. Гороховского" (далее - Положение) разработано в соответствии с Гражданским [кодексом](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=452991&date=23.11.2023) Российской Федерации, Федеральным [законом](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=436343&date=23.11.2023) от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", [Правилами](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=447009&dst=100012&field=134&date=23.11.2023) предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства Российской Федерации 11.05.2023 N 736, и определяет требования к оказанию платных медицинских услуг в государственном автономном учреждении здравоохранения «Анжеро-Судженская городская больница имени А.А. Гороховского» (далее – ГАУЗ АСГБ, учреждение) гражданам с целью более полного удовлетворения потребности населения в медицинской помощи.

1.2. В настоящем Положении используются следующие понятия:

1.2.1. 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 (далее - Договоры).

1.2.2. Медицинская услуга - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость.

1.2.3. Потребитель - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального [закона](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=436343&date=23.11.2023) от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

1.2.4. Заказчик - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя.

1.2.5. Исполнитель - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги потребителям.

2. Основания и условия оказания платных медицинских услуг

 2.1. При заключении договора потребителю и (или) заказчику предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - программа) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - территориальная программа).

2.2. Отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы.

2.3. Основаниями для оказания платных медицинских услуг являются:

2.3.1. Оказание медицинских услуг на иных условиях, чем предусмотрено программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и (или) целевыми программами, по желанию потребителя (заказчика).

2.3.2. Предоставление медицинских услуг анонимно (кроме случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации).

2.3.3. Предоставление медицинских услуг 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.

2.3.4. Добровольное желание гражданина или его законного представителя получить медицинскую услугу на возмездной основе.

2.4. Скорая медицинская помощь всем категориям граждан оказывается бесплатно. Оказание скорой медицинской помощи на возмездной основе допускается только в случае включения данного вида медицинской помощи страховыми организациями в программу добровольного медицинского страхования.

2.5. Платные медицинские услуги оказываются учреждением на основании Лицензии от 02 июля 2020г. регистрационный номер Л041-01161-42/00323203 на виды медицинской деятельности, закрепленные в Лицензии, прейскурант платных медицинских услуг, утвержденный главным врачом учреждения и согласованный Министерством здравоохранения Кузбасса.

2.6. Учреждение имеет лицевой счет по учету средств от предпринимательской или иной приносящей доход деятельности.

2.7. При оказании платных медицинских услуг учреждением соблюдаются порядки оказания медицинской помощи, а именно:

2.7.1. Оказание платных медицинских услуг осуществляется в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, консультации и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.7.2. Качество предоставляемых учреждением платных медицинских услуг должно соответствовать условиям заключенного договора с потребителем (заказчиком), а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.

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

2.8. Достоверная, доступная и бесплатная информация, включающая в себя сведения об учреждении, месте ее нахождения, сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности, перечень платных медицинских услуг, порядок и условия их предоставления и оплаты, сведения о режиме работы учреждения (подразделений, кабинетов), сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, предоставляется посредством размещения на сайте учреждения в информационно-телекоммуникационной сети Интернет: www.as-cgb.ru и информационных стендах (стойках) структурных подразделений учреждения.

3. Порядок заключения договора и оплаты медицинских услуг

 3.1. Договор заключается потребителем и (или) заказчиком и исполнителем в письменной форме.

3.2. Договор должен содержать:

3.2.1. Сведения об исполнителе:

- наименование учреждения - юридического лица, адрес юридического лица в пределах его места нахождения, основной государственный регистрационный номер и идентификационный номер налогоплательщика.

3.2.2. Сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности, информация о лицензии на осуществление медицинской деятельности, ее номере, сроках действия, а также информация об органе, выдавшем лицензию, перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией.

3.2.3. Сведения о потребителе (при оказании платных медицинских услуг гражданину анонимно сведения фиксируются со слов потребителя услуги):

фамилия, имя и отчество (при наличии), адрес места жительства, иные адреса, на которые (при их указании в договоре) исполнитель может направлять ответы на письменные обращения, и телефон;

данные документа, удостоверяющего личность;

3.2.4. Сведения о законном представителе потребителя или лице, заключающем договор от имени потребителя:

фамилия, имя и отчество (при наличии), адрес места жительства и телефон;

данные документа, удостоверяющего личность.

3.2.5. Сведения о заказчике (в том числе если заказчик и законный представитель являются одним лицом):

фамилия, имя и отчество (при наличии), адрес места жительства и телефон заказчика - физического лица;

данные документа, удостоверяющего личность заказчика;

данные документа, удостоверяющего личность законного представителя потребителя;

наименование и адрес заказчика - юридического лица в пределах его места нахождения, основной государственный регистрационный номер и идентификационный номер налогоплательщика.

3.2.6. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором.

3.2.7. Стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты.

3.2.8. Условия и сроки ожидания платных медицинских услуг.

3.2.9. Сведения о лице, заключающем договор от имени исполнителя:

фамилия, имя, отчество (при наличии);

должность;

документ, подтверждающий полномочия указанного лица.

3.2.10. Подписи исполнителя и потребителя (заказчика), а в случае, если заказчик является юридическим лицом, - должность лица, заключающего договор от имени заказчика.

3.2.11. Ответственность сторон за невыполнение условий договора.

3.2.12. Порядок изменения и расторжения договора.

3.2.13. Порядок и условия выдачи потребителю (законному представителю потребителя) после исполнения договора исполнителем медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

3.2.14. Иные условия, определяемые по соглашению сторон.

3.3. 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.

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

3.5. 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 и (или) заказчика.

Без оформления дополнительного соглашения к договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости исполнитель не вправе предоставлять медицинские услуги на возмездной основе, если иное не оговорено в основном договоре.

3.6. 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](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=436343&date=23.11.2023) от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

3.7. В случае отказа потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом потребитель и (или) заказчик оплачивают исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

3.8. Учреждение выдает иной документ, подтверждающий факт осуществления расчета, в случаях, если в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации о применении контрольно-кассовой техники у ГАУЗ АСГБ отсутствует обязанность по применению контрольно-кассовой техники при осуществлении расчетов.

3.9. В целях защиты прав потребителя учреждение по обращению потребителя выдает следующие документы, подтверждающие фактические расходы потребителя и (или) заказчика на оказанные медицинские услуги и (или) приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения:

3.9.1. Копия договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения).

3.9.2. Справка об оплате медицинских услуг по установленной форме.

3.9.3 Рецептурный бланк с проставленным штампом "Для налоговых органов Российской Федерации, идентификационный номер налогоплательщика", заверенный подписью и личной печатью врача, печатью учреждения.

3.9.4. Документы установленного образца, подтверждающие оплату лекарственных препаратов (кассовый чек, бланк строгой отчетности или иной документ, подтверждающий факт осуществления расчета, в случаях, если в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации о применении контрольно-кассовой техники у медицинской организации отсутствует обязанность по применению контрольно-кассовой техники при осуществлении расчетов).

3.10. Заключение договора и оплата медицинских услуг заказчиком в случаях, если заказчик выступает страховщиком по добровольному медицинскому страхованию потребителя, осуществляются в порядке, предусмотренном [разделом IV](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=447009&dst=100079&field=134&date=23.11.2023) Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 N 736.

4. Особенности оказания медицинских услуг (выполнения работ)

при заключении договора дистанционным способом

 4.1. Договор может быть заключен посредством использования сети Интернет на основании ознакомления потребителя и (или) заказчика с предложенным исполнителем описанием медицинской услуги (дистанционный способ заключения договора).

4.2. При заключении договора дистанционным способом потребителю должна быть предоставлена возможность ознакомиться со следующей информацией:

4.2.1. Наименование учреждения.

4.2.2. Основной государственный регистрационный номер исполнителя.

4.2.3 Номера телефонов и режим работы исполнителя.

4.2.4. Идентификационный номер налогоплательщика.

4.2.5 Информация об оказываемой услуге (выполняемой работе), предусмотренная [ст. 10](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=454123&dst=100060&field=134&date=23.11.2023) Закона Российской Федерации от 07.02.1992 N 2300-1 "О защите прав потребителей".

4.2.6. Способы оплаты услуги (работы).

4.2.7. Сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности.

4.2.8. Адреса, в том числе адреса электронной почты, по которым принимаются обращения (жалобы) и требования потребителей и (или) заказчиков.

4.3. Указанная в [п. 4.2](#p80) настоящего Положения информация или ссылка на нее размещается на главной странице сайта исполнителя в сети Интернет.

4.4. Договор с потребителем и (или) заказчиком считается заключенным со дня оформления потребителем и (или) заказчиком соответствующего согласия (акцепта), в том числе путем совершения действий по выполнению условий договора, включая внесение частично или полностью оплаты по договору с учетом положений [ст. 16.1](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=454123&dst=97&field=134&date=23.11.2023) и [37](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=454123&dst=100474&field=134&date=23.11.2023) Закона Российской Федерации от 07.02.1992 N 2300-1 "О защите прав потребителей".

Со дня получения согласия (акцепта) и осуществления потребителем и (или) заказчиком частичной или полной оплаты по нему все условия договора остаются неизменными и не должны корректироваться исполнителем без согласия потребителя и (или) заказчика.

4.5. При заключении договора исполнитель представляет потребителю и (или) заказчику подтверждение заключения такого договора. Указанное подтверждение должно содержать номер договора или иной способ идентификации договора, который позволяет потребителю и (или) заказчику получить информацию о заключенном договоре и его условиях.

По требованию потребителя и (или) заказчика исполнителем направляется потребителю и (или) заказчику экземпляр заключенного договора (выписки из него), подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью уполномоченного лица исполнителя.

4.6. Идентификация потребителя и (или) заказчика в целях заключения и (или) исполнения договора, заключенного дистанционным способом, может осуществляться в том числе с помощью федеральной государственной информационной системы "Единая система идентификации и аутентификации в инфраструктуре, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронной форме".

Согласие (акцепт) должно быть подписано электронной подписью потребителя и (или) заказчика (простой, усиленной неквалифицированной или усиленной квалифицированной) и усиленной квалифицированной электронной подписью уполномоченного лица исполнителя.

4.7. Потребитель и (или) заказчик обязаны оплатить оказанную исполнителем медицинскую услугу в порядке и сроки, которые установлены договором, заключенным с исполнителем, с учетом положений [ст. 16.1](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=454123&dst=97&field=134&date=23.11.2023) и [37](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=454123&dst=100474&field=134&date=23.11.2023) Закона Российской Федерации от 07.02.1992 N 2300-1 "О защите прав потребителей".

4.8. При заключении договора дистанционным способом отказ потребителя и (или) заказчика от исполнения договора может быть совершен способом, используемым при его заключении.

4.9. Потребитель и (или) заказчик могут направить исполнителю в любой форме и любым, включая дистанционный, способом требования, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной платной медицинской услуги), а исполнитель обязан принять эти требования, в том числе дистанционным способом.

5. Учет объемов платных услуг

 5.1. Объем платных услуг отражает объем потребления населением различных видов услуг и измеряется суммой денежных средств, полученных от населения, организаций, а также иных источников, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

5.2. В формах статистической отчетности объем платных услуг населению приводится в фактически действующих рыночных ценах, включающих налог на добавленную стоимость и другие обязательные платежи.

5.3. Виды медицинских услуг, оказываемых учреждением гражданам за счет личных средств граждан, организаций, средств добровольного медицинского страхования и иных источников, предусмотренных законодательством Российской Федерации, определяются Прейскурантом.

5.4. Перечни платных медицинских услуг и услуг сервиса, оказываемых учреждением, размещаются на официальном сайте учреждения www.as-cgb.ru и информационных стендах (стойках) учреждения с постоянным внесением изменений в эти перечни.

6. Цены на платные медицинские услуги и порядок оплаты

 6.1. Стоимость медицинских услуг рассчитываются на основании приказа Министерства здравоохранения Кузбасса от 05.09.2023г. № 7922. Цена на платные медицинские услуги должна быть выражена в рублях.

6.2. Прейскурант цен на платные медицинские услуги формируется учреждением самостоятельно, утверждаются приказом руководителя учреждения и согласовывается Министерством здравоохранения Кузбасса.

6.3. Учреждение вправе по своему усмотрению предоставлять льготы для отдельных категорий граждан в размере, не превышающем заложенную в цену прибыль (с уплатой налога на прибыль в установленном порядке).

6.4. Оплата медицинских услуг производится путем безналичных расчетов через учреждения банков или путем внесения наличных денег непосредственно в кассу учреждения с выдачей документа, подтверждающего оплату (кассового чека или документа, оформленного на бланке строгой отчетности, приравненного к кассовому чеку).

6.5. По требованию лица, оплатившего услуги, учреждение обязано выдать справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы Российской Федерации установленной формы.

7. Контроль за предоставлением платных медицинских услуг

и ответственность исполнителя

 7.1. Контроль за организацией и качеством оказания платных медицинских услуг, а также правильностью взимания платы за оказанные платные медицинские услуги осуществляет в пределах своей компетенции Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

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

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

Приложение № 1

К Положению о порядке и условиях предоставления

платных медицинских услуг в государственном автономном

учреждении здравоохранения «Анжеро-Судженская

городская больница имени А.А. Гороховского»

к приказу № 773 от 11 декабря 2023г.

**Договор N \_\_\_\_\_**

**оказания платных медицинских услуг**

г. Анжеро-Судженск " " 202 г.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование, Ф.И.О. отчество – при наличии), именуем\_\_ в дальнейшем "Заказчик", "Потребитель", в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. (О при наличии), адрес места жительства, действующ\_\_\_ на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (данные документа, удостоверяющего личность Потребителя/документ, подтверждающий полномочия законного представителя, его номер телефона), с одной стороны и,

**Государственное автономное учреждение здравоохранения** "**Анжеро-Судженская городская больница имени А.А. Гороховского**"(ГАУЗ АСГБ),расположенное по адресу: г. Анжеро-Судженск, ул. Кубанская, 3,именуемое далее "**Исполнитель**", ИНН 4246006426, ОГРН 1064246002303, адрес сайта учреждения в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" www.as-cgb.ru, в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность регистрационный номер Л041-01161-42/00323203 от 02.07.2020г., предоставлена Управлением лицензирования медико-фармацевтических видов деятельности Кузбасса Минздрава Кузбасса г. Кемерово, пр-кт Ленина, д. 121Б, тел. 8 3842 54 66 06, руководитель Похилько Т.В., срок действия лицензии – бессрочно, в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (должность, ФИО (О при наличии)), действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Устав, реквизиты доверенности) с другой стороны, и совместно именуемые "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 работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;*

*Заказчик - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с настоящим Договором в пользу потребителя;*

*Потребитель - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги 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 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;*

*Исполнитель - медицинская организация, независимо от организационно-правовой формы, а также индивидуальный предприниматель, оказывающие платные медицинские услуги в соответствии с Договором.*

**1. Предмет Договора**

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю медицинские услуги по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(перечень оказываемых платных медицинских услуг)* (далее - медицинские услуги), а Заказчик обязуется уплатить Исполнителю стоимость оказанных медицинских услуг в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

1.2. Исполнитель оказывает услуги по месту нахождения структурного подразделения – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, по адресу: г. Анжеро-Судженск Кемеровской области – Кузбасса, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1.3. В целях настоящего Договора Заказчик является Потребителем/законным представителем Потребителя (нужное подчеркнуть). Настоящий Договор заключен в пользу следующего Потребителя:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Ф.И.О., О при наличии)*, дата рождения "\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г., данные документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, иные адреса, на которые Исполнитель может направлять ответы на письменные обращения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1.4. Медицинские услуги должны быть предоставлены в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, в том числе предъявляемыми к качеству медицинских услуг.

1.5. В медицинской карте Потребителя указывается вся необходимая информация и сведения, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации.

1.6. Сроки ожидания медицинских услуг, предусмотренных в п. 1.1 настоящего Договора, определены сторонами «не позднее «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г.».

**2. Права и обязанности Сторон**

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Обеспечить Заказчика/Потребителя бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения:

а) о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи (при наличии), применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, а также информацию о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

б) данных о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);

в) другие сведения, относящиеся к предмету настоящего Договора.

2.1.2. Предоставить информацию, перечисленную в п. п. 12 - 17, 21 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 N 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 N 1006».

2.1.3. Оказывать Потребителю услуги, предусмотренные п. 1.1 настоящего Договора.

Дополнительные услуги оказываются только при условии оформления дополнительного соглашения к настоящему Договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости.

2.1.4. Представить Заказчику список своих сотрудников, обладающих специальным образованием и профессиональными навыками, для ознакомления и закрепления за ним специалистов и/или лечащего врача, которые будут оказывать медицинские услуги.

2.1.5. Не передавать и не показывать третьим лицам находящуюся у Исполнителя документацию о Заказчике/Потребителе.

2.1.6. Сотрудничать при оказании услуг по настоящему Договору с иными медицинскими организациями и специалистами.

2.1.7. До \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ представить Заказчику письменный Акт об оказании медицинских услуг по настоящему Договору.

2.1.8. Представлять Заказчику материалы и заключения о ходе оказания услуг в печатном виде.

2.1.9. Давать при необходимости по просьбе Заказчика разъяснения о ходе оказания услуг ему и заинтересованным лицам, включая государственные и судебные органы.

2.1.10. Предоставить в доступной форме информацию 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.

2.1.11. При предоставлении платных медицинских услуг организовывать и оказывать медицинскую помощь:

а) в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

б) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;

в) на основе клинических рекомендаций;

г) с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.1.12. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

2.1.13. Предоставлять Заказчику по его требованию и в доступной для него форме информацию:

а) 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;

б) 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, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

2.2. Заказчик/Потребитель обязуется:

2.2.1. По запросу Исполнителя представить ему необходимые документы и материалы.

2.2.2. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

2.2.3. Подписывать своевременно Акты об оказании медицинских услуг Исполнителем.

2.2.4. Кроме того, Заказчик/Потребитель обязан:

- информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;

- соблюдать правила поведения в медицинской организации, режим работы медицинской организации;

- соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности.

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. Получать от Заказчика/Потребителя любую информацию, необходимую для исполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредоставления либо неполного или неверного предоставления Заказчиком/Потребителем информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.

2.3.2. Требовать оплаты услуг, оказанных Потребителю по настоящему Договору.

2.4. Заказчик/Потребитель имеет право:

2.4.1. Получать от Исполнителя услуги в соответствии с п. 1.1 настоящего Договора.

2.4.2. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий Договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации и Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.

2.5. До заключения настоящего Договора Исполнитель в письменной форме уведомляет Заказчика/Потребителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

2.6. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора.

**3. Порядок исполнения Договора**

3.1. Условия получения Потребителем медицинских услуг: по месту нахождения стоматологической поликлиники Исполнителя в часы ее работы.

3.2. Исполнитель по окончании оказания услуги представляет Заказчику письменные Акты об оказании медицинских услуг по настоящему Договору.

3.3. Подписываемые Сторонами Акты об оказании медицинских услуг являются подтверждением оказания услуг Исполнителем Заказчику.

3.4. Заказчик обязуется рассмотреть и подписать Акты об оказании медицинских услуг, представленные Исполнителем, в течение 3(три) рабочих дней с момента их получения при условии отсутствия у Заказчика/Потребителя каких-либо замечаний к оказанным Исполнителем услугам.

При наличии замечаний к оказанным Исполнителем услугам Заказчик указывает об этом в Акте и после устранения Исполнителем всех выявленных замечаний подписывает Акт и передает один экземпляр Исполнителю.

3.5. При оказании услуг, не указанных в перечне, в соответствии с предусмотренным пп. 2.1.3 настоящего Договора дополнительным соглашением Исполнитель представляет Заказчику дополнительный Акт об оказании медицинских услуг, который после подписания Сторонами является подтверждением оказания дополнительных услуг Исполнителем Потребителю.

3.6. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим Договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Заказчика.

3.7. При предоставлении платных медицинских услуг расходы, связанные с оказанием медицинской помощи в экстренной форме, возмещаются Исполнителю в порядке и размерах, которые установлены органами государственной власти субъектов Российской Федерации в рамках территориальных программ в соответствии с п. 10 ч. 2 ст. 81 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3.8. В случае отказа Заказчика после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

3.9. Порядок и условия выдачи законному представителю Потребителя) после исполнения Договора Исполнителем медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

3.10. К отношениям, связанным с исполнением настоящего Договора, применяются положения Закона Российской Федерации от 07.02.1992 N 2300-1 «О защите прав потребителей».

**4. Стоимость услуг и порядок оплаты**

4.1. Стоимость медицинских услуг составляет \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей, в том числе:

4.1.1. Стоимость \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(наименование процедуры и т.п.)* - \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей. Сроки оплаты: предоплата в размере \_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей в срок до "\_\_"\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г., оставшаяся сумма \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей в срок до "\_\_"\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.

4.2. Стоимость услуг уплачивается путем перечисления суммы, указанной в п. 4.1 настоящего Договора, на расчетный счет Исполнителя или путем внесения в кассу Исполнителя.

Заказчику в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг*.*

4.3. Датой оплаты стоимости услуг считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или день внесения денежных средств в кассу Исполнителя.

4.4. Дополнительные услуги оплачиваются на основании дополнительного соглашения к настоящему Договору и Акта об оказании медицинских услуг в течение 3 (три) рабочих дней с момента подписания Сторонами Акта об оказании медицинских услуг.

**5. Ответственность Сторон и форс-мажорные обстоятельства**

5.1. Исполнитель несет ответственность перед Заказчиком/Потребителем за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя.

5.2. При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам ожидания услуг Заказчик вправе по своему выбору:

- назначить новый срок ожидания услуги;

- потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги;

- потребовать исполнения услуги другим специалистом;

- отказаться от исполнения настоящего Договора.

Заказчик вправе потребовать также полного возмещения убытков, причиненных ему в связи с нарушением сроков ожидания услуги.

5.3. Нарушение установленных настоящим Договором сроков ожидания услуг должно сопровождаться выплатой Заказчику неустойки в порядке и размере, которые определяются Законом Российской Федерации от 07.02.1992 N 2300-1 "О защите прав потребителей".

5.4. По соглашению (договору) Сторон указанная в п. 5.3 настоящего Договора неустойка может быть выплачена за счет уменьшения стоимости предоставленной медицинской услуги, предоставления Потребителю дополнительных услуг без оплаты, возврата части ранее внесенного аванса.

5.5. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

5.6. Сторона, для которой сделалось невозможным исполнение обязательств по Договору, обязана не позднее 3 (три) рабочих дней с момента их наступления и прекращения в письменной форме уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

5.7. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.8. Исполнитель и его работники, оказывающие услуги по настоящему Договору, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании Потребителю медицинской помощи.

**6. Порядок разрешения споров**

6.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.

6.2. При неурегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

**7. Сроки по Договору**

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания уполномоченными представителями Сторон и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по нему.

7.2. Сроки оказания услуг по настоящему Договору - с момента заключения по \_\_\_\_\_\_\_г.

7.3. Настоящий Договор может быть расторгнут по обоюдному согласию Сторон.

7.4. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями обеих Сторон.

**8.** **Заключительные положения**

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

8.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для Исполнителя, Заказчика.

8.3. Неотъемлемой частью настоящего Договора являются:

8.3.1. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность исполнителя в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности (Приложение N \_\_\_).

**9. Адреса и реквизиты Сторон**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Исполнитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Заказчик/Потребитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Наименование \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Наименование \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Адрес/адрес места жительства:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ОГРН/ОГРНИП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | ОГРН/ОГРНИП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| КПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | КПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Р/с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Р/с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| К/с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | К/с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| БИК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | БИК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |

**Подписи Сторон**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Исполнитель: |  | Заказчик/Потребитель: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Приложение № 2

к Положению о порядке и условиях предоставления

платных медицинских услуг в государственном автономном

учреждении здравоохранения «Анжеро-Судженская

городская больница имени А.А. Гороховского»

Утверждено

приказом Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 12 ноября 2021г. N 1051н

Форма

 Информированное добровольное согласие

 на медицинское вмешательство

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

 (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина

 либо законного представителя)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

 (дата рождения гражданина

 либо законного представителя)

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

 (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указывается в случае проживания не по месту

 регистрации)

в отношении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании

 согласия законным представителем)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу:

(дата рождения пациента при подписании

 законным представителем)

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

 (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств,

включенные в [Перечень](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=129546&dst=100009&field=134&date=23.11.2023) определенных видов медицинских вмешательств, на

которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе

врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной

помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального

развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (далее - виды

медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной

медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи

лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии)

 медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской

помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств,

их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также

предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что

я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских

вмешательств, включенных в [Перечень](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=129546&dst=100009&field=134&date=23.11.2023), или потребовать его (их) прекращения,

за исключением случаев, предусмотренных [частью 9 статьи 20](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=436343&dst=100263&field=134&date=23.11.2023) Федерального

закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в

Российской Федерации".

 Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым)

в соответствии с [пунктом 5 части 5 статьи 19](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=436343&dst=608&field=134&date=23.11.2023) Федерального закона от 21

ноября 2011 г. N 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 (ненужное

зачеркнуть), в том числе после смерти:

|  |
| --- |
|   |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон) |
|   |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   |   |   |
| (подпись) |   | (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон) |
|   |   |   |
| (подпись) |   | (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) |

|  |  |
| --- | --- |
|   | "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.(дата оформления) |

Приложение № 3

к Положению о порядке и условиях предоставления

платных медицинских услуг в государственном автономном

учреждении здравоохранения «Анжеро-Судженская

городская больница имени А.А. Гороховского»

 **УВЕДОМЛЕНИЕ**

В соответствии с требованиями статьи 20 Постановления Правительства РФ от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», настоящим **ГАУЗ АСГБ** **уведомляет Вас** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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 услуги.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_г.

 подпись расшифровка подписи Пациента

Приложение № 4

к Положению о порядке и условиях предоставления

платных медицинских услуг в государственном автономном

учреждении здравоохранения «Анжеро-Судженская

городская больница имени А.А. Гороховского»

 **ЗАЯВЛЕНИЕ**

**на предоставление платных услуг**

Главному врачу ГАУЗ АСГБ

 На основании статей 18,19,20, 21 Федерального закона РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, желаю получить платные услуги в ГАУЗ АСГБ.

 Я ознакомлен (-а) и мною подписано Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

 Я ознакомлен (-а) с действующим Прейскурантом и согласен (согласна) оплатить стоимость указанных услуг в соответствии с Прейскурантом за счет своих личных денежных средств.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_г.

 подпись расшифровка подписи Пациента

Приложение № 5

к Положению о порядке и условиях предоставления

платных медицинских услуг в государственном автономном

учреждении здравоохранения «Анжеро-Судженская

городская больница имени А.А. Гороховского»

**Информированное добровольное согласие**

**на проведение ортодонтического лечения**

1. Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_получил(а) от лечащего врача всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении. Врач внимательно осмотрел полость рта, разъяснил преимущества и сложности предполагаемого метода лечения. Я согласен(а) с этим методом лечения патологии прикуса (деформации зубного ряда). Мне понятно, что зубы и слизистая оболочка полости рта должны быть санированы (вылечены) до начала лечения прикуса.
2. Я предварительно проинформирован(а), что одним из основных факторов успешного лечения с применением ортодонтической аппаратуры является хорошая гигиена полости рта. Я согласен(а) с тем, что врач-ортодонт оставляет за собой право принятия решения о снятии ортодонтической аппаратуры на любом этапе лечения при плохой гигиене полости рта. (Контроль гигиены полости рта будет осуществляться по индексам гигиены). Деньги за проведенный объем лечения не будут возвращены.
3. Я знаю, что ортодонтическая аппаратура - это инородное тело в полости рта. Привыкание к ортодонтической конструкции в среднем длится 1,5-2 месяца. Денежные средства, уплаченные за установку конструкции и саму конструкцию, к ношению которой Пациенты не могут привыкнуть, возвращены не будут, вследствие отсутствия вины Исполнителя.
4. Мне известно, что для нормализации прикуса возможно потребуется удаление отдельных зубов. О необходимости удаления зубов врач сообщает до начала ортодонтического лечения.
5. Я предупрежден(а) о возможных обострениях заболеваний периодонта, пародонта (гингивит, парадонтит, пародонтоз), обусловленные скрытыми очагами инфекции.
6. Я знаю ,что после окончания активного периода ортодонтического лечения необходимо носить ретенционный аппарат для закрепления результата. Отказ от ношения ретенционного аппарата, а также его неправильное использование, могут обусловить рецидив, имевшейся у меня аномалии, что приведет к необходимости повторного лечения за мой счет. Я знаю, что контроль за ношением аппарата будет осуществлять врач-ортодонт. (Контроль осуществляется по качеству фиксации ретеиционного аппарата **в** полости рта).
7. Я предупреждена , что перелом, поломка, трещины в пластмассовых или металлических деталях ортодонтического аппарата или его металлических частях, требующие, в том числе приварки новых элементов, замены утерянных и (или) отклеившихся брекетов, возникшие в процессе ортодонтического лечения, а также изготовление нового ретенционного аппарата в случае его поломки, возникшие по вине пациента, не относятся к гарантийным случаям и оплачиваются Заказчиком по договору отдельно.
8. Я предупрежден (а) о необходимости регулярного посещения врача ортодонта в назначенные сроки. Несвоевременное и редкое посещение врача-ортодонта приводит к снижению качества ортодонтического лечения.
9. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное. Имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил (а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Мое решение является **свободным и добровольным** и представляет собой **информированное** согласие на проведение медицинского вмешательства.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Представитель интересов

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(подпись)*