ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПОТРЕБИТЕЛЯ (ЗАКАЗЧИКА) НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НА ПЛАТНОЙ ОСНОВЕ С РАЗЪЯСНЕНИЕМ ПРАВ НА ПОЛУЧЕНИЕ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

До заключения договора, я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО полностью)

подтверждаю свое добровольное согласие на оказание мне/ Потребителю (нужное подчеркнуть) платных медицинских услуг по договору №\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_ г

Мне разъяснено и понятно право Потребителя на получение 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.

Я уведомлен 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.

Я ознакомлен с режимом работы учреждения, с правилами пребывания в медицинском учреждении, с перечнем оказываемых медицинских и иных услуг, порядком и условиями оказания платных медицинских и иных услуг.

Подпись «Потребителя»/»Заказчика»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_ года

ДОГОВОР №

**на оказание платных медицинских услуг**

г. Вологда

 **БУЗ ВО «Вологодский городской родильный дом»**, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности №ЛО-35-01-002642 от 28 сентября 2018 года, выдана Департаментом здравоохранения Вологодской области, адрес: 160000 г. Вологда ул. Предтеченская, 19 тел. 8(8172) 23-00-70. Перечень работ (услуг):

1. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу; неотложной медицинской помощи;

2) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью; неотложной медицинской помощи;

3) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: неотложной медицинской помощи;

4) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий); неотложной медицинской помощи.

2. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

1) при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: акушерскому делу; акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий); анестезиологии и реаниматологии; дезинфектологии; диетологии; медицинской статистике; операционному делу; организации здравоохранения и общественному здоровью; организации сестринского дела; сестринскому делу; трансфузиологии; эпидемиологии.

2) при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерскому делу; акушерству и гинекологии (за исключением вспомогательных репродуктивных технологий); анестезиологии и реаниматологии, вакцинации; дезинфектологии; диетологии; медицинской статистике; неонатологии; операционному делу; организации здравоохранения и общественному здоровью; организации сестринского дела; офтальмологии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; терапии; трансфузиологии; ультразвуковой диагностике; управлению сестринской деятельностью; эпидемиологии.

3. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги):

1) при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе временной нетрудоспособности;

в лице главного врача Михеевой Людмилы Николаевны, действующего на основании Устава, Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ серия 35 № 002332597 ОГРН 1163525094710, регистрирующий орган: межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы №11 по Вологодской области, с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,**

 (ФИО полностью)

именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель» с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

 **1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. В соответствии с настоящим Договором «Исполнитель» обязуется оказать «Потребителю» платные медицинские услуги: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (наименование медицинской услуги)

отвечающие требованиям, предъявленным к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ в соответствии с перечнем видов медицинской деятельности, разрешенных лицензией.

1.2. Настоящий договор обеспечивает реализацию прав «Потребителя» на получение платных медицинских услуг в БУЗ ВО «Вологодский городской родильный дом» в соответствии с ППРФ от 4 октября 2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» и ФЗ № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

 **2. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ**

 **ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

2.1 Основанием для предоставления платных медицинских услуг является добровольное желание «Потребителя» получить медицинскую услугу за плату.

2.2 «Исполнитель» оказывает медицинские услуги по настоящему договору на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности.

2.3. «Потребителя»/«Заказчика» уведомляется о том, что в соответствии с Постановлением Правительства Вологодской области от 28.12.2023 N 1444 "Об утверждении Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Вологодской области на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов", приказом ДЗ ВО № 78 от 14.02.2013г. «Об утверждении Порядка определения цен (тарифов) бюджетными учреждениями, в отношении которых департамент здравоохранения области осуществляет функции и полномочия учредителя» и Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 N 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» медицинская помощь оказывается бесплатно при наличии полиса ОМС. Платные медицинские услуги предоставляются населению дополнительно.

2.4. Лечащий врач «Исполнителя», назначаемый по выбору «Потребителя»/«Заказчика», в соответствии с медицинскими необходимостью и возможностями, желанием «Потребителя»/«Заказчика», после предварительного собеседования и осмотра «Потребителя», устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты лечения, последствия лечения и предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения, информирует об этом «Потребителя»/«Заказчика», в том числе о необходимости соблюдений рекомендаций и лечебно-охранительного режима, получает его Информированное добровольное согласие.

2.5. После предоставления «Потребителю»/«Заказчику» информации, указанной в п. 2.4. настоящего договора, и подписания «Потребителем»/«Заказчиком» Информированного добровольного согласия, уведомления о необходимости соблюдения рекомендаций врача, стороны заключают настоящий Договор, затем «Потребителю» проводится комплекс диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с предварительным планом лечения.

2.6. В связи с оказанием медицинской услуги, в предусмотренных нормативными актами случаях, «Потребителю» выдается листок нетрудоспособности.

2.7. Предоставление услуг, по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи «Потребителя» на прием. В особых случаях, включая необходимость получения неотложной помощи, медицинские услуги предоставляются «Потребителю» без предварительной записи.

2.8. Срок оказания медицинской услуги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.9. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до момента окончания предоставления медицинской услуги.

  **3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

**3.1. «Исполнитель» обязуется:**

3.1.1.Оказать медицинские услуги в соответствии с индивидуальными медицинскими показаниями и желаниями «Потребителя».

3.1.2. В своей деятельности по оказанию медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке на территории РФ.

3.1.3. Ознакомить «Потребителя»/«Заказчика» с подробной информацией о предоставляемых медицинских услугах в соответствии со ст. 19-23 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», планом и стоимостью лечения. При изменении плана и стоимости лечения проинформировать об этом «Потребителя»/«Заказчика» и предоставить дополнительные услуги с его согласия, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

3.1.4. Обеспечить «Потребителя»/«Заказчика» непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по письменному требованию «Потребителя» или его представителя копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья «Потребителя».

**3.2. «Исполнитель» имеет право:**

3.2.1. Изменять по медицинским показаниям план, объем и стоимость лечения

3.2.2. Направлять «Потребителя» в медицинские учреждения или привлекать для консультаций специалистов из них для проведения дополнительных методов исследования, которые осуществляются за отдельную плату.

3.2.3. Отказать «Потребителю» в оказании медицинской помощи, в том числе, досрочно выписать «Потребителя», в случае, нарушения Правил внутреннего распорядка медицинского учреждения. **Нарушением считается**:

- нахождение в верхней одежде, без сменной обуви (или бахил);

- курение в зданиях, помещениях, а также на территории учреждения;

- распитие спиртных напитков на территории медицинского учреждения, а также употребление наркотических средств, психотропных и токсических веществ;

- грубое или неуважительное отношение пациента к медицинскому персоналу;

- нарушение пациентом режима дня, утвержденного в отделении;

- не соблюдение пациентом рекомендаций врача и предписанного режима;

- прием пациентом лекарственных препаратов по собственному усмотрению;

- самовольный уход пациента из стационара.

За нарушение режима и правил внутреннего распорядка медицинского учреждения пациента могут выписать досрочно и/или с соответствующей отметкой в листке нетрудоспособности.

**3.3. «Потребитель» обязуется:**

3.3.1. Информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

3.3.2. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, в том числе: выполнять назначения лечащего врача; сообщать необходимые сведения о своем состоянии здоровья; соблюдать режимы гигиены, питания и ухода после проведения процедуры, являться на прием в соответствии с врачебными назначениями, на контрольные и профилактические осмотры.

3.3.3. После представления ему информации, указанной в п. 3.1.3, подписывать Информированное согласие на оказание медицинских услуг и другие Приложения к настоящему договору. Оплатить оказанные медицинские услуги в соответствии с приведенным перечнем услуг и утвержденным прейскурантом цен.

3.3.4. Во время наблюдения и лечения не использовать препараты, назначенные специалистами других лечебных учреждений, без уведомления лечащего врача «Потребителя». Своевременно информировать «Исполнителя» о любых обстоятельствах препятствующих исполнению «Потребителем»/«Заказчиком» настоящего Договора.

3.3.5. В случае изменения состояния здоровья, связанного, с точки зрения «Потребителя»/«Заказчика», с проведенными «Исполнителем» медицинскими манипуляциями, немедленно сообщить об этом лечащему врачу и, в случае необходимости, прибыть на консультацию и лечение к «Исполнителю».

**3.4. «Потребитель»/«Заказчик» имеет право:**

3.4.1. На предоставление информации о медицинской услуге, знакомиться с документами, подтверждающими специальную правоспособность учреждения и его врачей, на возмещение вреда в случае ненадлежащего оказания медицинской услуги.

3.4.2. В доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

3.4.3. На дачу информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства. В случаях, когда состояние «Потребителя» не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах «Потребителя» решает врачебная комиссия, а в особых случаях лечащий (дежурный) врач. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается «Потребителем» или его представителем, а также медицинским работником.

3.4.4. Отказаться от получения медицинской услуги и получить обратно оплаченную сумму с возмещением «Исполнителю» затрат, связанных с подготовкой оказания услуги.

 **4**. **ЦЕНА УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТА**

4.1. Стоимость медицинских услуг согласуется с «Потребителем»/«Заказчиком» при составлении Предварительного плана лечения. В процессе лечения могут выявляться непрогнозируемые скрытые патологии, обнаруживаемые после начала лечения и требующие обязательного лечения, в результате чего стоимость лечения может изменяться. Поэтому окончательные взаиморасчеты проводятся по окончании договорных обязательств по выполнению медицинских услуг.

4.2.  Стоимость медицинских услуг согласно прейскуранту составляет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.3. Оплата медицинской услуги производится в полном объеме до оказания медицинской услуги.

 **5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

 5.1. «Исполнитель» несет ответственность в размере реального ущерба, причиненного «Потребителю» неисполнением или ненадлежащим исполнением условий настоящего Договора, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни «Потребителя» в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.2. В случае нарушения «Потребителем» п. 3.3.2, 3.3.4, 3.3.5 настоящего договора, «Исполнитель» освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора.

 5.3. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по данному договору стороны несут ответственность в соответствии с текущим разделом настоящего Договора. В случаях, неурегулированных данным разделом, стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

**6. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

 6.1. «Исполнитель» обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения «Потребителя» за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, которые составляют врачебную тайну.

6.2. С письменного согласия «Потребителя» или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения «Потребителя».

6.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия «Потребителя» или его законного представителя допускается в случаях, определенных законодательством Российской Федерации.

                                                              **7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

7.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до момента окончания предоставления медицинской услуги. Стороны договорились, что при подписании настоящего договора, актов оказанных услуг и счета. «Исполнитель» имеет право использовать факсимильное воспроизведение подписи на основании п. 2  [ст 160 ГК РФ](https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=284274&promocode=0957" \l "h8047" \t "_blank)

7.2. Споры и разногласия, возникающие из настоящего Договора или в связи с ним, разрешаются сторонами путем переговоров. При не достижении согласия сторон, споры разрешаются в соответствии с действующим законодательством РФ в суде по месту нахождения «Исполнителя».

7.3. Любые изменения и дополнения к настоящему договору действительны, при условии, что они составлены в письменной форме и подписаны полномочными представителями сторон.

7.4. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

 **8. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

 **ИСПОЛНИТЕЛЬ ПОТРЕБИТЕЛЬ/ЗАКАЗЧИК**

|  |  |
| --- | --- |
| БУЗ ВО «Вологодский городской родильный дом»160011, г. Вологда, ул. Пирогова, д. 24ИНН3525385331 КПП 352501001Департамент финансов Вологодской области(БУЗ ВО «Вологодский городской родильный дом»л.с. 008.20.098.1) р/счет 03224643190000003000 в ОТДЕЛЕНИЕ           ВОЛОГДА/УФК по Вологодской области, г. ВологдаБИК 011909101 КБК 00800000000000000130,«Сч. №банка» 40102810445370000022тип средств 02.01.00 ОКТМО 19701000 |  Паспорт: серия № Выдан:  Адрес |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Л.Н.Михеева **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 подпись подпись

 **СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

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

 (ФИО полностью)

(от имени несовершеннолетнего или недееспособного подписывает его родитель или законный представитель)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006г. « О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку БУЗ ВО «Вологодский городской родильный дом» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, контактный телефон (ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным соблюдать врачебную тайну. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

 Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

 Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет 25 (Двадцать пять) лет. Передача моих персональных данных третьим лицам или иное их разглашение может осуществляться, если это касается состояния моего здоровья, установления диагноза и выдачи корректного результата при лабораторных исследованиях. Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата) и действует бессрочно.

 Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись «Потребителя»/»Заказчика»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в**[**Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи**](http://docs.cntd.ru/document/902345725)

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

 (ФИО гражданина)

 г. рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                                                                 (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в [Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи](http://docs.cntd.ru/document/902345725), утвержденный [приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 года N 390н](http://docs.cntd.ru/document/902345725) (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 года N 24082)

Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.

Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.

Антропометрические исследования.

Термометрия. Тонометрия.

Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.

Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.

Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).

Лабораторные методы обследования, в том числе клинические биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.

Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).

Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования.

Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

Медицинский массаж, лечебная физкультура.

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, ФИО 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](http://docs.cntd.ru/document/902345725), или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных [частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"](http://docs.cntd.ru/document/902312609) (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст.6724; 2012, N 26, ст.3442, 3446). Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с [пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"](http://docs.cntd.ru/document/902312609) может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) **,**

 (ФИО гражданина, контактный телефон)

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

 (подпись) (ФИО гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                (подпись) (ФИО медицинского работника)

 «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года (дата оформления)

 **АКТ**

**оказанных по договору платных медицинских услуг**

 г. Вологда «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ года

**БУЗ «Вологодский городской родильный дом»,** именуемое в дальнейшем «Исполнитель», действующее на основании лицензии №ЛО-35-01-002642 от 28 сентября 2018 года, в лице главного врача Михеевой Людмилы Николаевны, действующего на основании Устава с одной стороны и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО полностью, число, месяц и год рождения)

Именуемая в дальнейшем «Потребитель»/«Заказчик» составили настоящий акт о том, что:

 «Исполнитель» своевременно и надлежащим образом оказал «Потребителю»/«Заказчику» медицинскую услугу:

по договору №\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ года

2. «Потребитель»/«Заказчик» не имеет претензий по объему, срокам и качеству оказания медицинской услуги

3. За предоставление медицинской услуги произведена оплата в полном объеме в порядке 100% предварительной оплаты, в размере **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **ПОТРЕБИТЕЛЬ/ЗАКАЗЧИК:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_./ | **ИСПОЛНИТЕЛЬ:**БУЗ ВО «Вологодский городской Родильный дом» 160011, г. Вологда, ул. Пирогова, д. 24ИНН3525385331 КПП 352501001 Департамент финансов Вологодской области(БУЗ ВО «Вологодский городской родильный дом»л.с. 008.20.098.1) р/счет 03224643190000003000 в ОТДЕЛЕНИЕВОЛОГДА/УФК по  Вологодской области, г. ВологдаБИК 011909101 КБК 00800000000000000130«Сч. №банка» 40102810445370000022тип средств 02.01.00   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Л.Н.Михеева |