Утверждаю _____
Главный врач ГБУЗ «ГКБ №31 им.
академика Г.М. Савельевой ДЗМ»
Н.М. Ефремова
Приложение№5 к Положению о порядке
и условиях предоставления платных услуг.
Утверждено Приказом № 01-08/377 от
31.08.2023г.

ФОРМА ДОГОВОРА
на оказание платных медицинских услуг
(трехсторонний)

г. Москва «__»_____20___ года

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница № 31 имени академика Г.М. Савельевой Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ГКБ № 31 им. академика Г.М. Савельевой ДЗМ»), находящееся по адресу: 119415, г. Москва. Ул. Лобачевского, д. 42, стр. 1,2,3,4,6, имеющее лицензию на осуществление медицинском деятельности от «26» февраля 2019 г. № Л041-01137-77/00368500, выданную Департаментом здравоохранения города Москвы, находящимся по адресу: Оружейный переулок, д. 43, Москва, 127006, тел. (499) 251-83-00, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Главного врача Ефремовой Натальи Михайловны, действующей на основании Устава, с одной стороны, _____, именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик»
(указывается полностью фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) гражданина)
и _____, именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель»,
(указывается полностью фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) гражданина)
с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. В рамках настоящего Договора Исполнитель, действуя с добровольного согласия Потребителя, оказывает Потребителю медицинские услуги по своему профилю деятельности (далее - медицинские услуги) в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья, перечнем платных медицинских услуг, определяемым на основании Прейскуранта на платные медицинские услуги, оказываемые населению в **ГБУЗ «ГКБ № 31 им. академика Г.М. Савельевой ДЗМ»**, утвержденного в установленном порядке, и действующего на момент заключения Договора (далее - Прейскурант), а Заказчик оплачивает медицинские услуги. Перечень платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю по настоящему Договору, представлен в приложении 1, являющемся неотъемлемой частью настоящего Договора (далее - Перечень).

1.2. До заключения Договора Заказчик и Потребитель уведомлены Исполнителем 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. Подписывая настоящий Договор, Заказчик, действуя свободно, своей волей, в интересах своих и Потребителя, понимая значения своих действий, дает добровольное согласие на оказание медицинских услуг Потребителю на возмездной основе.

1.3. До заключения Договора Заказчик и Потребитель уведомлены Исполнителем 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.

1.4. Ориентировочный срок оказания медицинских услуг с «__»_____20__года по «__»_____20__ года. В случае увеличения срока оказания услуг, Стороны подписывают дополнительное соглашение.

1.5. Заказчик и Потребитель уведомлены Исполнителем о сроках ожидания предоставления платных медицинских услуг: по медицинским показаниям в сроки согласно клиническому состоянию Потребителя и в соответствии с технической возможностью Исполнителя.

1.6. Стоимость медицинских услуг, оказываемых Потребителю в рамках настоящего Договора, определяется на основании Прейскуранта, действующего на момент заключения Договора, и определена в Приложении № 1 к настоящему Договору.

1.7. Если при оказании платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг (при наличии такой возможности), не предусмотренных Договором, Исполнитель предупреждает об этом Заказчика и Потребителя. В случае согласия Заказчика и Потребителя на оказание дополнительных медицинских услуг Потребителю на возмездной основе, оформляется соответствующее дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора, либо новый договор с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости в соответствии с действующим Прейскурантом. 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.

1.8. Если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю медицинских услуг, предусмотренный пунктом 1.1 настоящего Договора, сократится либо оказание медицинских услуг в рамках настоящего Договора окажется невозможным, Стороны подписывают соответствующее дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора, или акт сдачи-приемки оказанных услуг с указанием перечня и стоимости фактически оказанных Потребителю услуг.

1.9. В случае невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору, возникшей по вине Потребителя, оплата медицинских услуг осуществляется Заказчиком в объеме фактически понесенных Исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по настоящему Договору.

1.10. Потребитель подтверждает, что на момент заключения Договора Исполнитель уведомил его о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

1.11. На момент заключения договора Исполнителем доведена до Заказчика и Потребителя информация о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации, в том числе, почтовый адрес/адрес электронной почты, на которые может быть направлено обращение (жалоба).

2.ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1 Права Исполнителя:

2.1.1. Самостоятельно определять характер, длительность лечения и объем медицинских услуг, а также требовать у Пациента сведения и документы, необходимые для эффективного лечения в случае предыдущего лечения Потребителя в других медицинских организациях.

2.1.2. Требовать от Потребителя выполнения назначений врача в соответствии с избранным лечением.

2.1.3. При необходимости привлекать для оказания медицинских услуг сторонних специалистов.

2.1.4. Отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору в одностороннем порядке при возникновении объективной невозможности обеспечить безопасность медицинской услуги и (или) при возникновении медицинских противопоказаний для предоставления медицинской услуги, а также в случае неоплаты (частичной оплаты) Заказчиком медицинских услуг, предусмотренных настоящим Договором.

2.1.5. В случае прекращения исполнения обязательств по настоящему Договору вернуть Заказчику сумму по Договору, за вычетом фактически понесенных Исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору.

2.2 Обязанности Исполнителя:

2.2.1 Оказывать медицинские услуги Потребителю, предусмотренные пунктом 1.1 настоящего Договора.

2.2.2 Информировать Заказчика о предстоящей стоимости оказания медицинских услуг, а также о возможности доплаты, связанной с увеличением объема предоставляемых медицинских услуг.

2.2.3 Предоставлять при заключении Договора Заказчику и Потребителю в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках федеральной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве. При этом 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.

2.2.4 Предоставлять при заключении Договора по требованию Потребителя в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:

а) порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;

б) информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

в) информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

г) другие сведения, относящиеся к предмету договора.

2.2.5 Извещать Заказчика и Потребителя о невозможности оказания медицинских услуг по настоящему Договору, а также об обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг.

2.2.6 Предоставлять Потребителю по его требованию бесплатную, доступную и достоверную информацию о режиме работы Исполнителя, предоставляемых им медицинских услугах с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения медицинских услуг.

2.2.7 В соответствии с федеральными законами от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сохранять конфиденциальность персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну.

2.2.8 Оформлять и вести необходимую медицинскую документацию в отношении Потребителя.

2.2.9 На основании письменного заявления Потребителя (законного представителя Потребителя) выдавать ему после исполнения договора Исполнителем медицинские документы (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.

2.2.10 По требованию Заказчика и (или) Потребителя без взимания дополнительной платы устранять недостатки, выявленные в процессе оказания медицинских услуг при наличии таковых.

2.2.11 Сообщать Заказчику о случаях нарушения Потребителем медицинских предписаний и о выявлении у Потребителя заболеваний, являющихся основанием для отказа в оказании медицинских услуг в соответствии с условиями настоящего договора. Медицинская помощь в подобном случае может быть оказана Потребителю по усмотрению Исполнителя.

2.2.12 При предъявлении Потребителем и (или) Заказчиком требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной медицинской услуги), исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей".

2.2.13 Соблюдать требования нормативных правовых актов Российской Федерации, регулирующих вопросы оказания платных услуг, включая требование осуществлять их оказание на основании, и в соответствии с видами деятельности, указанными в лицензии медицинской организации.

2.3 Права Заказчика:

2.3.1 Требовать от Исполнителя надлежащего исполнения обязательств в соответствии с условиями настоящего Договора.

2.3.2 Обращаться к Исполнителю за возвратом денежных средств за не оказанную услугу по настоящему Договору.

2.3.3 Непосредственно знакомиться с действующим Прейскурантом.

2.3.4 Если Потребитель по состоянию здоровья не может заверить подписью настоящий Договор, подписывать данный Договор за Потребителя.

2.4 Обязанности Заказчика:

2.4.1 Своевременно, в полном объеме и в соответствии с условиями, предусмотренными настоящим Договором, оплатить медицинские услуги, оказываемые Исполнителем по настоящему Договору

2.4.2 Надлежащим образом (в порядке, в сроки и на условиях, установленных настоящим Договором) принять оказанные Исполнителем услуги.

2.5 Права Потребителя:

2.5.1 Требовать от Исполнителя надлежащего исполнения обязательств в соответствии с условиями настоящего Договора.

2.5.2 Отказываться от медицинских услуг по настоящему Договору с возмещением Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с оказанием медицинских услуг по настоящему Договору.

2.5.3 Обращаться к Исполнителю за предоставлением сведений о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности, информации о медицинской услуге, медицинском работнике, предоставляющем медицинскую услугу.

2.5.4 Требовать от Исполнителя представления надлежащим образом оформленных документов в соответствии с условиями настоящего Договора, подтверждающих исполнение обязательств.

2.5.5 Непосредственно знакомиться с действующим Прейскурантом, с медицинской документацией, формируемой в отношении Потребителя, получать сведения о квалификации специалистов Исполнителя, оказывающих необходимую медицинскую услугу, а также запрашивать и получать другие сведения, относящиеся к предмету настоящего Договора.

2.5.6 Выбирать специалиста Исполнителя, оказывающего необходимую медицинскую услугу в соответствии с пунктом 1.1 настоящего Договора, если такая услуга предусмотрена Прейскурантом Исполнителя.

2.6 Обязанности Потребителя:

2.6.1 Надлежащим образом (в порядке, в сроки и на условиях, установленных настоящим Договором) принять оказанные Исполнителем услуги.

2.6.2 До начала оказания медицинской услуги, и далее своевременно предоставлять Исполнителю все известные достоверные сведения, которые могут повлиять на ход оказания медицинской услуги и, требующиеся для обеспечения своевременного и качественного оказания медицинской услуги, в том числе предоставить врачу данные предварительных исследований и консультаций специалистов, а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях (СПИД, гепатит, бронхиальная астма, сахарный диабет, туберкулез,

заболеваниях сердечно-сосудистой системы, венерических заболеваниях), о переливаниях крови, перенесенных оперативных вмешательствах, инъекциях за последние два года, о контакте с инфекционными больными, принимаемых лекарственных препаратах и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

2.6.3 Выполнять все рекомендации, указания медицинского персонала Исполнителя, обеспечивающие своевременное и качественное предоставление медицинской услуги, в процессе ее оказания и на период после оказания медицинской услуги, соблюдать Правила внутреннего распорядка, правила поведения пациентов в стационаре, распорядок дня, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

2.6.4 Не изымать из медицинской карты стационарного больного медицинскую документацию.

2.6.5 Прибыть для получения медицинской услуги в назначенное Исполнителем время. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему договору.

2.6.6 При поступлении к Исполнителю для получения медицинских услуг, предусмотренных пунктом 1.1. настоящего Договора, иметь при себе паспорт или иной документ, удостоверяющий личность (граждане СНГ и иностранные граждане госпитализируются только при наличии паспорта и миграционной карты).

2.6.7 Надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению настоящего Договора.

2.6.8 До начала оказания услуги подписать необходимые согласия и (или) отказы, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

2.6.9 Возместить убытки в случае причинения ущерба имуществу Исполнителя.

3.ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

3.1. Исполнитель оказывает медицинские услуги по месту своего нахождения в соответствии с лицензией.

3.2. Исполнитель обязуется приступить к оказанию медицинских услуг Потребителю не позднее 5 (пяти) рабочих дней с момента исполнения Заказчиком обязанности, указанной в пункте 2.4.1 настоящего Договора.

3.3. По факту оказания медицинских услуг, Исполнителем составляется Акт(ы) сдачи-приемки оказанных услуг (Приложение № 2 к Договору). Подписываемый Сторонами Акт сдачи-приемки оказанных услуг является подтверждением оказания медицинских услуг Исполнителем Потребителю.

3.4. Заказчик и Потребитель обязуются рассмотреть и подписать Акт сдачи-приемки оказанных услуг в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты получения.

3.5. Услуги считаются оказанными в полном объеме и надлежащего качества с даты подписания Сторонами Акта сдачи-приемки оказанных услуг и подлежат оплате.

3.6. В случае если в срок, указанный в пункте 3.4 настоящего Договора, Заказчиком и Потребителем не подписан Акт и не предоставлен мотивированный отказ от подписания Акта, то предоставленные Исполнителем медицинские услуги считаются оказанными в полном объеме, надлежащего качества и принятыми без каких-либо замечаний, а Акт считается подписанным Сторонами и подлежит оплате.

4.ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

4.1. Оплата медицинских услуг, указанных в пункте 1.1 настоящего Договора, осуществляется Заказчиком в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня подписания Сторонами настоящего Договора до получения услуг Потребителем в российских рублях в размере 100% предоплаты по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на счет Исполнителя. Днем оплаты считается день зачисления денежных средств на счет Исполнителя.

Заказчик при заключении настоящего Договора вносит безналичным переводом на счёт Исполнителя денежные средства в размере _____в качестве предоплаты за проводимое лечение (авансовый платеж). Оказание медицинских услуг осуществляется Исполнителем по настоящему Договору на сумму, не превышающую размер произведенной предоплаты. Стоимость услуг НДС не облагается на основании подпункта 2, пункта 2, статьи 149 НК РФ.

4.2. В случае не предоставления платных медицинских услуг по основаниям, установленным настоящим Договором, уплаченные денежные средства возвращаются Заказчику за вычетом стоимости уже оказанных Потребителю услуг и фактически понесенных расходов по выполнению условий и положений настоящего Договора либо используются для оплаты медицинских услуг при последующих обращениях. В случае, если стоимость медицинских услуг, оказанных Потребителю, окажется меньше суммы внесенного авансового платежа, неиспользованные денежные средства возвращаются Заказчику, либо используются для оплаты медицинских услуг при последующих обращениях. Расчет осуществляется не позднее 15 (пятнадцати) календарных дней со дня подачи Заказчиком соответствующего заявления.

Стоимость услуг банка при переводе средств за платные медицинские услуги на счет Исполнителя через отделения банков оплачивается Заказчиком самостоятельно.

4.3. В случае увеличения объема оказания медицинских услуг в соответствии с пунктом 1.7 настоящего Договора Заказчик обязуется оплатить дополнительные медицинские услуги, как в процессе оказания медицинских услуг, так и по окончании предоставления медицинских услуг по выбору Исполнителя.

4.4. После заключения Договора, в случае отказа Потребителя от получения медицинских услуг, Договор расторгается, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически оказанные ему медицинские услуги и понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору, в размере, указанном в акте приема-передачи оказанных услуг.

4.5. При сокращении объема предоставления медицинских услуг (пункт 1.8 настоящего Договора) и при досрочном расторжении Договора, Исполнитель должен осуществить возврат неиспользованных денежных средств Заказчику по реквизитам, указанным в заявлении Заказчика в течение 15 (пятнадцати) календарных дней.

5.ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Исполнитель имеет право отказать Потребителю в оказании медицинских услуг в случае:

- неоплаты Заказчиком стоимости медицинских услуг на условиях, указанных в пункте 4.1 настоящего Договора;
- отказа Потребителя от предоставления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.
- при неисполнении Потребителем рекомендаций медицинского персонала.

5.2. Исполнитель несет ответственность перед Потребителем за качество оказанной медицинской услуги в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало: нарушение Потребителем условий настоящего Договора, несоблюдение Потребителем рекомендаций (указаний) специалистов Исполнителя, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

5.4. Потребитель и Заказчик предупреждены о возможных последствиях и осложнениях при оказании медицинских услуг, предусмотренных настоящим Договором. В случае возникновения осложнений по независящим от Исполнителя причинам, денежные средства, внесенные и использованные по настоящему Договору, не возвращаются.

5.5. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг, в том числе за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Потребителем неполной и (или) недостоверной информации, предусмотренной пунктом 2.6.2 настоящего Договора, а также в случаях нарушения требований, установленных пунктами 2.6.3 - 2.6.5, 2.6.7 настоящего Договора.

5.6. За просрочку платежей, за фактически оказанные медицинские услуги, Заказчик уплачивает пеню в размере 1% от суммы выставленного платежа за каждый день просрочки.

5.7. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим Договором или в связи с ним, Стороны разрешают их путем

переговоров.

5.8. Споры, неурегулированные путем переговоров, разрешаются Сторонами в претензионном порядке. Срок рассмотрения претензии, направленной в письменной форме, не может превышать пятнадцати рабочих дней с момента ее получения Стороной.

5.9. Если споры между сторонами не урегулированы в порядке, определенном в пунктах 5.7 и 5.8 настоящего Договора, каждая из сторон в соответствии с законодательством Российской Федерации вправе обратиться с иском в суд.

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

5.11. В остальных случаях Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

6.1. Изменения и дополнения к настоящему Договору оформляются письменно, в виде дополнительных соглашений, подписанных Сторонами, и считаются неотъемлемой частью настоящего Договора.

6.2. Расторжение Договора допускается по соглашению Сторон, по решению суда или в связи с односторонним отказом Стороны от исполнения по основаниям, указанным в настоящем договоре, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

6.3. Сторона, решившая расторгнуть настоящий Договор, должна не позднее 10 (десяти) рабочих дней до предполагаемого дня расторжения направить другой Стороне по адресу, указанному в разделе 8 настоящего Договора, письменное уведомление о намерении расторгнуть Договор.

6.4. При расторжении Договора Стороны определяют и производят взаиморасчеты по возмещению фактически понесенных расходов по Договору.

6.5. Предоставленное настоящим Договором и законодательством Российской Федерации право на односторонний отказ от Договора (исполнение Договора) может быть осуществлено Сторонами путем уведомления другой Стороны об отказе от Договора (исполнения Договора). Договор считается расторгнутым с момента получения одной Стороной письменного уведомления об отказе от Договора (исполнения Договора) от другой Стороны.

6.6. Уведомление об одностороннем расторжении Договора направляется (передается) другой Стороне с использованием любых средств связи и доставки, обеспечивающих фиксирование данного уведомления и получение подтверждения о его вручении другой Стороне (направления другой Стороне).

6.7. В случае неполучения Потребителем уведомления об одностороннем расторжении Договора, Договор считается расторгнутым по истечению 30 (тридцати) календарных дней с даты направления уведомления Исполнителем.

7.ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с даты его подписания и действует до «___» _____ 20___г., а в части расчетов до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

7.2. Стороны пришли к согласию о том, что при подписании настоящего Договора, приложений к нему, а также актов, дополнительных соглашений и иных документов, относящихся к настоящему Договору, допускается использование подписи с применением средств факсимильного воспроизведения подписи, которая приравнивается к собственноручной подписи подписавшего документ лица — что не противоречит требованиям статьи 160 Гражданского кодекса Российской Федерации. Стороны гарантируют, что использованная подпись факсимиле соответствует собственноручной подписи подписавшего документ лица.

7.3. Дополнительные соглашения к настоящему Договору, а также все приложения к нему являются его неотъемлемой частью.

7.4. Документы по настоящему Договору, а также извещения и сообщения, подписанные Сторонами (уполномоченными представителями Сторон) собственноручной подписью либо текстовым аналогом собственноручной подписи, переданные при помощи средств факсимильной или электронной связи по адресу, указанному в разделе 8 настоящего Договора и принятые ими в ходе исполнения настоящего Договора, имеют полную юридическую силу и могут быть использованы в качестве письменных доказательств (содержащаяся в них информация является обязательной для Сторон, считается достоверной и достаточной).

7.5. В целях оказания услуг по настоящему Договору и соблюдения законодательства о хранении и ведении медицинской документации Потребитель дает Исполнителю свое согласие на обработку персональных данных Потребителя, в том числе сведений, составляющих врачебную тайну, в объёме и способами, предусмотренными федеральными законами от 27 июля 2006 г, № 152-ФЗ «О персональных данных» и от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», для целей Исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

7.6. Во всем, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

7.7. Настоящий Договор составлен в трех экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

8.АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница № 31 имени академика Г.М. Савельевой Департамента здравоохранения города Москвы»
ГБУЗ «ГКБ № 31 им. академика Г.М. Савельевой ДЗМ»
Место нахождения: 119415, г. Москва, ул. Лобачевского, д. 42, стр. 1.2.3.4.6
Адрес электронной почты (e-mail): www.gkb-31.ru
Телефоны:+7 (495) 700-31-31
ИНН 7729123204 КПП 772901001
Получатель платежа:
Департамент Финансов города Москвы (ГБУЗ «ГКБ №31 им. академика Г.М. Савельевой ДЗМ»
Лицевой счет: 2605441000680161
Расчетный счет: 03224643450000007300
Корреспондентский счет: 40102810545370000003
БИК 004525988
Банк получателя платежа:
ГУ Банка России по ЦФО/УФК по г. Москве ОКПО 05006823
ОГРН 1037700216069
ОКТМО 45324000 ОКВЭД 86.10
КБК 05400000000131131022
Главный врач ГБУЗ «ГКБ №31 им. академика Г.М. Савельевой ДЗМ»

_____ /Н.М.Ефремова/
(подпись) (расшифровка)

МП

Заказчик:

Фамилия:_____
Имя:
_____
Отчество (при наличии):
_____

Паспорт: серия _____ номер _____
Наименование органа, выдавшего паспорт:
_____
Дата выдачи паспорта:
_____

Иной документ, удостоверяющий личность, его реквизиты, кем и когда выдан: _____
_____
Адрес проживания:_____

Адрес регистрации:_____

Адрес для корреспонденции:
_____

Телефоны:_____

_____ /_____/
(подпись) (расшифровка)

Потребитель:

Фамилия:_____
Имя:
_____
Отчество (при наличии):
_____

Паспорт: серия _____ номер _____
Наименование органа, выдавшего паспорт:
_____
Дата выдачи паспорта:
_____

Иной документ, удостоверяющий личность, его реквизиты, кем и когда выдан:
_____
_____
Адрес проживания:_____

Адрес регистрации:_____

Адрес для корреспонденции:
_____

Телефоны:_____

_____ /_____/
(подпись) (расшифровка)

Приложение 1
к Договору на оказание платных медицинских услуг
от «___» _____ 20__г.
№ _____

Перечень платных медицинских услуг

Код для оплаты	Номенклатурный код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Количество, шт.	Стоимость за единицу, руб.	Итого стоимость, руб.
1	2	3	4	5	6
ИТОГО руб., в том числе НДС не облагается					

Стоимость услуг по настоящему Договору составляет: _____
(буквенно-цифровое написание)
(_____) рублей _____ копеек, в том числе НДС не облагается
(указывается словесным способом) (указывается цифровым способом)

на основании подпункта 2 пункта 2 статьи 149 части второй Налогового кодекса Российской Федерации.

Исполнитель:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница № 31 имени академика Г.М. Савельевой Департамента здравоохранения города Москвы»
ГБУЗ «ГКБ № 31 им. академика Г.М. Савельевой ДЗМ»
Место нахождения: 119415, г. Москва, ул. Лобачевского, д. 42, стр. 1.2.3.4.6

Адрес электронной почты (e-mail): www.gkb-31.ru
Телефоны:+7 (495) 700-31-31
ИНН 7729123204 КПП 772901001
Получатель платежа:
Департамент Финансов города Москвы (ГБУЗ «ГКБ №31 им. академика Г.М. Савельевой ДЗМ»
Лицевой счет: 2605441000680161
Расчетный счет: 03224643450000007300
Корреспондентский счет: 40102810545370000003
БИК 004525988
Банк получателя платежа:
ГУ Банка России по ЦФО/УФК по г. Москве
ОКПО 05006823
ОГРН 1037700216069
ОКТМО 45324000 ОКВЭД 86.10
КБК 05400000000131131022
Главный врач ГБУЗ «ГКБ №31 им. академика Г.М. Савельевой ДЗМ»

_____ /Н.М.Ефремова/
(подпись) (расшифровка)
МП

Заказчик:

Фамилия:_____
Имя: _____
Отчество (при наличии): _____

Паспорт: серия _____ номер _____
Наименование органа, выдавшего паспорт: _____
Дата выдачи паспорта: _____

Иной документ, удостоверяющий личность, его реквизиты, кем и когда выдан:
_____
_____

Адрес проживания:_____

Адрес регистрации:_____

Адрес для корреспонденции: _____

Телефоны:_____

_____ /_____/
(подпись) (расшифровка)

Потребитель:

Фамилия:_____
Имя: _____
Отчество (при наличии): _____

Паспорт: серия _____ номер _____
Наименование органа, выдавшего паспорт: _____
Дата выдачи паспорта: _____

Иной документ, удостоверяющий личность, его реквизиты, кем и когда выдан:
_____
_____

Адрес проживания:_____

Адрес регистрации:_____

Адрес для корреспонденции: _____

Телефоны:_____

_____ /_____/
(подпись) (расшифровка)

Приложение 2
к Договору на оказание платных медицинских услуг
от «___» _____ 20__г. № _____
Форма

Акт
сдачи-приемки оказанных услуг

г. Москва «__»_____20___ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница № 31 имени академика Г.М. Савельевой Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ГКБ № 31 им. академика Г.М. Савельевой ДЗМ»), находящееся по адресу: 119415, г. Москва. Ул. Лобачевского, д. 42, стр. 1,2,3,4,6, имеющее лицензию на осуществление медицинском деятельности от «26» февраля 2019 г. № Л041-01137-77/00368500, выданную Департаментом здравоохранения города Москвы, находящимся по адресу: Оружейный переулок, д. 43, Москва, 127006, тел. (499) 251-83-00, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Главного врача Ефремовой Натальи Михайловны, действующей на основании Устава, с одной стороны, _____, именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик»
(указывается полностью фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) гражданина)
и _____, именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель»,
(указывается полностью фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) гражданина)
составили настоящий Акт сдачи-приемки оказанных услуг (далее - Акт) о нижеследующем:

1. Исполнитель в соответствии с Договором на оказание платных медицинских услуг от «__» _____20__г. №____ (далее - Договор) оказал, а Заказчик и Потребитель приняли фактически оказанные Потребителю _____ (ФИО) следующие медицинские услуги:

Код для оплаты	Номенклатурный код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Количество, шт.	Стоимость за единицу, руб.	Итого стоимость, руб.
1	2	3	4	5	6
				ИТОГО руб., НДС не облагается	

2. Стоимость медицинских услуг, фактически оказанных Потребителю по Договору, составляет_____ (_____) рублей _____копеек, НДС не облагается на основании подпункта 2 пункта 2 статьи 149 части второй Налогового кодекса Российской Федерации.

3. Медицинские услуги оказаны Исполнителем в срок, в полном объеме и надлежащего качества в соответствии с требованиями Договора и полностью приняты Заказчиком и Потребителем.

4. Заказчик и Потребитель не имеют претензий к Исполнителю по качеству, объему, стоимости и срокам оказанных медицинских услуг.

5. Настоящий Акт является основанием для расчета Сторон в соответствии с Договором.

6. Настоящий Акт составлен в трех экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

Исполнитель:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница № 31 имени академика Г.М. Савельевой Департамента здравоохранения города Москвы»
ГБУЗ «ГКБ № 31 им. академика Г.М. Савельевой ДЗМ»
Место нахождения: 119415, г. Москва, ул. Лобачевского, д. 42, стр. 1.2.3.4.6
Адрес электронной почты (e-mail): www.gkb-31.ru
Телефоны:+7 (495) 700-31-31
ИНН 7729123204 КПП 772901001
Получатель платежа:
Департамент Финансов города Москвы (ГБУЗ «ГКБ №31 им. академика Г.М. Савельевой ДЗМ»
Лицевой счет: 2605441000680161
Расчетный счет: 03224643450000007300
Корреспондентский счет: 40102810545370000003
БИК 004525988
Банк получателя платежа:
ГУ Банка России по ЦФО/УФК по г. Москве
ОКПО 05006823
ОГРН 1037700216069
ОКТМО 45324000 ОКВЭД 86.10
КБК 05400000000131131022
Главный врач ГБУЗ «ГКБ №31 им. академика Г.М. Савельевой ДЗМ»

_____ **/Н.М.Ефремова/**
(подпись) (расшифровка)
МП

Заказчик:

Фамилия:_____
Имя: _____
Отчество (при наличии): _____

Паспорт: серия _____ номер _____
Наименование органа, выдавшего паспорт: _____
Дата выдачи паспорта: _____
Иной документ, удостоверяющий личность, его реквизиты, кем и когда выдан: _____

Адрес проживания:_____

Адрес регистрации:_____

Адрес для корреспонденции: _____

Телефоны:_____

_____ /_____ /
(подпись) (расшифровка)

Потребитель:

Фамилия:_____
Имя: _____
Отчество (при наличии): _____

Паспорт: серия _____ номер _____
Наименование органа, выдавшего паспорт: _____
Дата выдачи паспорта: _____
Иной документ, удостоверяющий личность, его реквизиты, кем и когда выдан: _____

Адрес проживания:_____

Адрес регистрации:_____

Адрес для корреспонденции: _____

Телефоны:_____

_____ /_____ /
(подпись) (расшифровка)

ГКБ №31

Приложение 3 к Договору на оказание
платных медицинских услуг
от «__» _____ 20 _г. № _____

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы "Городская клиническая больница № 31 имени академика Г.М. Савельевой Департамента здравоохранения города Москвы"

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА) НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Данный раздел бланка заполняется гражданами старше 15 лет

Я, _____
(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) пациента в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)

_____ года рождения, проживающий по адресу: _____
(указывается адрес места жительства пациента)

паспорт: серия_____, номер_____, кем и когда выдан _____

иной документ, удостоверяющий личность гражданина _____

_____ (далее – пациент),

Данный раздел бланка заполняется только законным представителем пациента, не достигшего возраста 15 лет, или недееспособного гражданина

Я, _____
(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) законного представителя пациента в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)

проживающий по адресу:
(указывается адрес места жительства законного представителя пациента)

паспорт: серия_____, номер_____, кем и когда выдан _____

иной документ, удостоверяющий личность законного представителя пациента _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель): _____
(указывается нужное)

пациента (ребенка или гражданина, признанного недееспособным): _____
(указывается нужное)

(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) пациента; год рождения; реквизиты документа,

подтверждающего право представлять интересы гражданина)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», действуя свободно, своей волей, в своих интересах (лица, законным представителем которого я являюсь), понимая значение своих действий, даю свое согласие медицинской организации:

академика Г.М. Савельевой Департамента здравоохранения города Москвы"
(указывается полное официальное наименование медицинской организации)

расположенной по адресу: 119415, г. Москва, ул. Лобачевского, д. 42
(полное официальное наименование медицинской организации)

(далее – Оператор), на обработку моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество (последнее – при наличии), пол, дату рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, номера телефонов для связи, адрес электронной почты (при наличии), место жительства, место регистрации, дату регистрации, страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии), принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования (СНИЛС), номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица (при наличии), место работы (учебы) (наименование организации (учебного учреждения), адрес, занимаемая должность, и т.д.), идентификационный номер налогоплательщика, номер полиса добровольного медицинского страхования (наименование страховой компании), в том числе даю согласие на обработку специальной категории персональных данных: данных об оказании медицинских услуг, о состоянии здоровья и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и иных сведений, полученных в результате медицинских исследований.

Указанные персональные данные предоставляю для обработки в следующих целях:

- 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 сохранять врачебную тайну;

- обеспечения соблюдения в отношении меня (лица, законным представителем которого я являюсь) законодательства Российской Федерации и города Москвы, в сфере отношений, связанных с получением мной (лицом, законным представителем которого я являюсь) медицинских услуг в рамках обязательного медицинского страхования, социальных гарантий и компенсаций по нетрудоспособности;

- осуществления передачи результатов медицинских исследований (лабораторных, инструментальных иных видов диагностических исследований) на адрес электронной почты (e-mail), указанный мной в соответствующем запросе, при его подаче и наличии технической возможности;

- реализации Оператором своих полномочий и выполнения своих обязанностей, обязательств и компетенций, определенных Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», а также иными законами и нормативными правовыми актами Российской Федерации и города Москвы.

Предоставляю Оператору право осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими персональными данными (лица, законным представителем которого я являюсь), в том числе в электронном виде, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

В процессе оказания Оператором мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои (лица, законным представителем которого я являюсь) персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего (лица, законным представителем которого я являюсь) обследования и лечения.

Я информирован(а) о том, что:

- персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, могут быть переданы Оператором в страховую медицинскую организацию, в Московский городской фонд обязательного медицинского страхования (МГФОМС), в органы Фонда социального страхования, в Департамент здравоохранения города Москвы и в другие органы власти Российской Федерации, субъектов Российской Федерации. Оператор вправе поручить обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну органам, службам, предприятиям и учреждениям, в том числе, Департаменту информационных технологий города Москвы, а также уполномоченному учреждению Департамента информационных технологий города Москвы – Государственному казенному учреждению города Москвы «Информационно-аналитический центр в сфере здравоохранения» (в случае, если обработка будет поручена данному лицу), если это не противоречит законодательству Российской Федерации и целям медицинской организации, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять конфиденциальность;

- Оператор вправе обрабатывать мои (лица, законным представителем которого я являюсь) персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну неавтоматизированным и автоматизированным способами, посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные нормативными правовыми актами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Настоящий документ вступает в силу с даты его подписания и действует в течение неопределенного срока. Настоящий документ может быть мною отозван посредством составления соответствующего письменного заявления, которое должно быть направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под подпись уполномоченному представителю Оператора.

В случае отзыва настоящего документа Оператор вправе продолжить обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, хранятся у Оператора в течение срока хранения первичных медицинских документов, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, предоставляемые в отношении третьих лиц, будут обрабатываться Оператором только в рамках осуществления возложенных на него полномочий и обязанностей.

Я удостоверяю, что:

- права как субъекта персональных данных мне разъяснены и мне понятны;
- на все мои вопросы я получил(а) понятные мне ответы;
- текст настоящего документа мною прочитан, мне понятно назначение настоящего документа, полученные разъяснения мне понятны.

Дата начала обработки персональных данных:_____

Пациент / законный представитель пациента V_____ _____

(подпись) (Ф.И.О.)

☐ **Согласен/ Не согласен**

(нужное подчеркнуть) на получение информационной рассылки, которая включает в себя: уведомления, информацию и запросы, связанные с оказанием услуг по заключенным договорам, информацию о новых методах лечения, о платных медицинских услугах, о проводимых в больнице акциях и спецпредложениях.

☐ По телефону_____

☐ По электронной почте_____

Пациент / законный представитель пациента V_____ _____

(подпись) (Ф.И.О.)

Если пациент, по каким-либо причинам, не может собственноручно подписать настоящий документ, но может в устной форме выразить свое согласие с положениями, указанными выше, настоящий документ заверяется двумя подписями медицинских работников Оператора.

_____

(указываются наименование должности медицинского работника Оператора; подпись; фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) – полностью в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность; дата подписания)

_____

(указываются наименование должности медицинского работника Оператора; подпись; фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) – полностью в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность; дата подписания)

Приложение 4
к Договору на оказание платных медицинских услуг
от «___» _____ 20__г. № _____

Информированное добровольное согласие пациента на оказание платных медицинских услуг

На основании п.2 ст.19 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»,

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

желаю получить платные медицинские услуги в **Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница № 31 имени академика Г.М. Савельевой Департамента здравоохранения города Москвы».**

Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение о предлагаемых видах и объемах медицинской помощи.

Мне разъяснено, что медицинскую помощь по моему заболеванию я могу получить бесплатно в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включая диагностические процедуры и лечение, соответствующие моему заболеванию. Я добровольно отказываюсь от реализации своего права на бесплатную медицинскую помощь и настаиваю на получении платных медицинских услуг.

Я гарантирую, что не отношусь к льготным категориям гражданам, которым медицинская помощь должна быть оказана только бесплатно и/или в первоочередном порядке.

Я ознакомлен (а) с действующим прейскурантом и согласен (а) оплатить стоимость указанных медицинских услуг в соответствии с ним за счет своих личных средств и иных источников дохода, не запрещенных действующим законодательством. Я осознаю, что оплаченные мной денежные средства возврату не подлежат, за исключением случаев, предусмотренных договором и действующим законодательством, и обязуюсь не предпринимать действий по возврату указанных денежных средств за качественно оказанные услуги.

Также до заключения договора я проинформирован 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 моего здоровья.

Все положения настоящего документа мне разъяснены и понятны.

Информацию до Потребителя довел:

_____
(должность, Ф.И.О.)

Подпись Потребителя _____ **Дата: «_____»** _____

ГКБ №31

Приложение 5 к Договору на оказание платных медицинских услуг от «__»_____ 20 _г.
№
_____

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы "Городская клиническая больница № 31 имени академика Г.М. Савельевой Департамента здравоохранения города Москвы"

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПАЦИЕНТА) НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Данный раздел бланка заполняется гражданами старше 15 лет

Я, _____

(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) пациента в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)

_____ года рождения, проживающий по адресу: _____

(указывается адрес места жительства пациента)

паспорт: серия_____, номер_____, кем и когда выдан _____

_____

иной документ, удостоверяющий личность гражданина _____

_____ (далее – пациент),

Данный раздел бланка заполняется только законным представителем пациента, не достигшего возраста 15 лет, или недееспособного гражданина

Я, _____

(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) законного представителя пациента в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)

проживающий по адресу:

(указывается адрес места жительства законного представителя пациента)

паспорт: серия_____, номер_____, кем и когда выдан _____

иной документ, удостоверяющий личность законного представителя пациента _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель): _____

(указывается нужное)

пациента (ребенка или гражданина, признанного недееспособным): _____

(указывается нужное)

(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) пациента; год рождения; реквизиты документа,

подтверждающего право представлять интересы гражданина)

в соответствии с частью 1 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю информированное добровольное согласие на следующий(ие) вид(ы) медицинского(их) вмешательства() (далее – Согласие):

№ п/п	Вид медицинского вмешательства
1	Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза
2	Осмотр, в том числе пальпация , перкуссия , аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия ,вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование
3	Антропометрические исследования
4	Термометрия
5	Тонометрия
6	Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций

7	Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций
8	Исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы)
9	Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические ,цитологические
10	Функциональные методы обследования , в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, электроэнцефалография
11	Рентгенологические методы обследования , в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография , ультразвуковые исследования, допплерографические исследования.
12	Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно, внутрисуставные инъекции
13	Медицинский массаж, физиотерапевтические процедуры
14	Лечебная физкультура
15	Забор крови из вены, забор крови из пальца
16	Получение влагалищного, цервикального мазков, получение уретрального отделяемого, получение мазков из носа и зева
17	Эндоскопические исследования

для получения медицинской помощи / получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в медицинской организации государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающей специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в стационарных условиях:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы "Городская клиническая больница № 31 имени академика Г.М. Савельевой Департамента здравоохранения города Москвы"

(полное официальное наименование медицинской организации)

Врачом _____

(наименование должности врача, указывается полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) врача)

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, указанных в настоящем Согласии, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (медицинское вмешательство без согласия гражданина или законного представителя гражданина допускается:

- если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители;
- в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;
- в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана в моих интересах (в интересах лица, законным представителем которого я являюсь) информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь, включая медицинскую документацию, в том числе после смерти пациента:

(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) гражданина; контактный телефон)

_____

Лицу, уполномоченному пациентом или его законным представителем на получение сведений о состоянии здоровья, предоставляется возможность знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента, а также получать отражающие состояние здоровья пациента медицинские документы (их копии) и выписки из них, в том числе в форме электронных документов.

V _____

(подпись пациента или законного представителя пациента)

_____

(Ф.И.О. пациента или законного представителя пациента)

_____

(подпись врача)

_____

(Ф.И.О. врача)

_____

(дата оформления)