ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ «ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»

ПРИКАЗ

«19» 11 2021 г. № 409

«Об утверждении форм документов
по оказанию платных медицинских услуг»

Руководствуясь требованиями федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановления Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», **приказываю:**

1. Утвердить и ввести в действие следующие формы документов, используемых при оказании платных медицинских услуг в ГБУЗ АО «ОКОД»:
- договор на предоставление платных медицинских услуг с гражданами (приложение № 1 к настоящему приказу);
- договор на предоставление платных медицинских услуг при осуществлении оперативного вмешательства (Приложение № 2 к настоящему приказу);
- форма сметы на оказание платных медицинских услуг (Приложение № 3 к настоящему приказу);
- договор возмездного оказания платных медицинских услуг, заключаемый с юридическими лицами (Приложение № 4 к настоящему приказу)
- форма уведомления пациента о несоблюдении указаний (рекомендаций) (Приложение № 5 к настоящему приказу)
- форма информированного добровольного согласия пациента на получение платных медицинских услуг (Приложение № 6 к настоящему приказу)
- форма информированного добровольного отказа пациента от бесплатных медицинских изделий (Приложение № 7 к настоящему приказу)
- направление для определения стоимости лечения (Приложение № 8 к настоящему приказу)
- форма договора оказания медицинских услуг по добровольному медицинскому страхованию (Приложение № 9 к настоящему приказу).
- форма согласия на обработку персональных данных (приложение №10 к настоящему приказу)

2. Руководителям структурных подразделений ГБУЗ АО «ОКОД» и всем задействованным в оказании платных медицинских услуг сотрудникам руководствоваться в своей деятельности настоящим приказом.

3. Приказ от 28.10.2019г. № 217 считать утратившим силу.

4. Контроль исполнения настоящего приказа оставляю за собой.

И.о. главного врача Н.Н. Лобачёв

Исп. Кликунова И.И. 45-92-60

Приложение №1 к приказу № 409

от «19» 11 2021 г.

ДОГОВОР № _____

на оказание платных медицинских услуг физическим лицам

г. Астрахань 20__

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областной онкологический диспансер», свидетельство о регистрации ЕГРЮЛ серия 30 № 000654055 от 25.12.2002 г., регистрирующий орган Инспекция Министерства Российской Федерации по налогам и сборам по Кировскому району г.Астрахани, лицензия серии ЛО30-01-002219 от 28.12.2020 г. выданная Министерством здравоохранения Астраханской области, находящимся по адресу: 414056, г. Астрахань, ул. Татищева, 16 «В», контактный тел./факс: (8512) 54-16-19 (при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): 1) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: гистологии, дезинфектологии, лабораторной диагностике, медицинской статистике, операционному делу, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, функциональной диагностике, эпидемиологии; 2) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; 3) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), гигиеническому воспитанию, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, неврологии, нейрохирургии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), психотерапии, радиоологии, рентгенологии, ультразвуковой диагностике, управлению сестринской деятельностью, урологии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии, эндоскопии, эпидемиологии.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:клинической фармакологии, онкологии, сестринскому делу 2) при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), анестезиологии и реаниматологии, гистологии, дезинфектологии, диетологии, клинической лабораторной диагностике, лабораторной диагностике, лечебнойфизкультуре, медицинской статистике, медицинскому массажу, онкологии, операционному делу, организации здравоохранения и общественному здоровью, организации сестринского дела, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), патологической анатомии, психотерапии, радиологии, радиотерапии, реаниматологии, рентгенологии, сестринскому делу, терапии, торакальной хирургии, трансфузиологии, управление сестринской деятельностью, урологии, функциональной диагностике, хирургии, эндоскопии, эпидемиологии.При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): 1) при проведении медицинских осмотров по: медицинских осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); 2) при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности), При оказании паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях по: онкологии, сестринскому делу, трансфузиологии в лице _____, действующего на основании _____, именуемое в дальнейшем Исполнитель, с одной стороны, и гражданин (ка), _____ _____ _____ _____именуемый (-ая) в дальнейшем Заказчик (Потребитель), с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Настоящий договор определяет условия оказания платных медицинских и иных услуг. Заказчик (Потребитель) поручает, а Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские и иные услуги.

1.2. Исполнение обязательств является встречным и осуществляется при условии надлежащего исполнения обязательств сторонами.

1.3. Медицинские услуги предоставляются в соответствии со стандартами медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, утвержденными в уставном порядке.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Заказчик (Потребитель) обязуется:

2.1.1 оплатить медицинские услуги в размере и порядке, указанном в п.3 настоящего Договора;

2.1.2. до назначения курса лечения сообщить лечащему врачу все сведения о наличии у него других заболеваний, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, а также другую информацию, влияющую на протекание или лечение заболевания;

2.1.3. соблюдать внутренний режим нахождения в лечебных отделениях учреждения;

2.1.4. при прохождении курса лечения сообщать лечащему врачу о любых изменениях самочувствия;

2.1.5. согласовывать с лечащим врачом или дежурным врачом употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей и т.д.

2.2. Заказчик (Потребитель) имеет право:

2.2.1. требовать от Исполнителя предоставления сведений о наличии лицензии и сертификата, расчета стоимости оказываемых услуг, о квалификации и сертификации специалистов;

2.2.2. выбрать лечащего врача (с учетом его согласия);

2.2.3. получать от Исполнителя для ознакомления в доступной для понимания и восприятия форме любые сведения о состоянии своего здоровья, протекании лечения, данные промежуточных обследований, результаты анализов, протоколы консилиумов и т.д.;

2.2.4. требовать проведения консилиума или консультаций других специалистов;

2.2.5. отказаться от медицинского вмешательства (в письменной форме);

2.2.6. требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии (врачебной тайны);

2.2.7. дать добровольное согласие на медицинское вмешательство;

2.2.8. отказаться в письменной форме от получения Услуги (до момента начала ее оказания) и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания Услуги;

2.2.9.при несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам исполнения услуг:

а) потребовать назначения нового срока оказания услуг;

б) потребовать исполнение услуг другим специалистом;

в) расторгнуть договор;

г) потребовать возмещение убытков, уменьшение стоимости предоставленной услуги;

2.2.10 знакомиться с информацией 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.

2.3.Исполнитель обязуется:

2.3.1. оказать медицинские услуги качественно, в соответствии с предусмотренными медицинскими технологиями и в срок, указанный в

данном Договоре;
2.3.2. в случае невыполнения взятых обязательств возместить Заказчику (Потребителю) стоимость лечения;
2.3.3. соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия и здоровья Потребителя (врачебную тайну);
2.3.4. ознакомить Заказчика (Потребителя) о возможности получения данного вида медицинской помощи на бесплатной основе, при наличии таковой в Программе, при подписании данного договора.
2.3.5. уведомить Заказчика (Потребителя) 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 Заказчика (Потребителя).
2.4. "Исполнитель" имеет право
2.4.1. требовать от Заказчика (Потребителя) соблюдения:
- внутреннего режима пребывания в лечебных отделениях учреждения;
- соблюдения режима приема лекарственных препаратов, режима питания и других предписаний.
2.4.2. в одностороннем порядке прекратить или приостановить выполнение своих обязательств по настоящему Договору при неисполнении Заказчиком (Потребителем) своих обязательств. При этом Исполнитель возмещает Заказчику (Потребителю) стоимость пропорционально оставшемуся сроку лечения;
2.4.3. в случае возникновения неотложных состояний Исполнитель имеет право самостоятельно определять объем исследований и оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных настоящим Договором

3.3. ВИДЫ, СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

3.1. Заказчику (Потребителю) предоставляются медицинские услуги следующих видов и стоимости согласно прейскуранту:_____
_____
_____
_____

3.2. Оплата услуг осуществляется Заказчиком (Потребителем) в порядке 100-процентной предоплаты до получения услуги путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. Медицинские услуги могут предоставляться при неполном расчете Заказчиком (Потребителем) за нее, но не менее, чем 50% от стоимости услуги, с последующей оплатой в полном объеме после предоставления данной услуги.
3.3. При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ, не предусмотренных настоящим договором, они выполняются с согласия Заказчика (Потребителя), с оплатой согласно прейскуранту и оформляются дополнительным Договором.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

4.1. Исполнитель в соответствии с законодательством РФ несет ответственность перед Заказчиком (Потребителем) за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя.
4.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Заказчиком (Потребителем) условий настоящего Договора.
4.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, обстоятельств, не зависящих от его воли.
4.4. При невозможности Исполнителем оказания услуг, предусмотренных Договором, вследствие действия непреодолимой силы (чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств) срок оказания медицинских и иных услуг переносится на период действия таких обстоятельств.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ЕГО РАСТОРЖЕНИЯ

5.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до исполнения сторонами своих обязательств.
5.2. Условия договора могут быть изменены по соглашению сторон и оформлены в письменной форме.
5.3. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным законодательством и данным договором.

6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

6.1. Споры и разногласия решаются путем переговоров и в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.
6.2. Обязателен претензионный порядок рассмотрения споров.
6.3. Договор составляется в 3-х 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-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.

7. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

ГБУЗ АО «ОКОД»
414041, г. Астрахань, ул. Б. Алексеева, 57
ИНН 3015012445
КПП 301501001
Минфин Астраханской области
(ГБУЗ АО «ОКОД»)
л/с 20854Ч97316, 21854Ч97316, 22854Ч97316
Отделение Астрахань Банка России//УФК по Астраханской области г. Астрахань
БИК 011203901
р/с 40102810445370000017
каз/с 03224643120000002500
ОКТМО 12701000
Тел/Факс: 8(512) 45-92-01, 45-92-06
E-mail: okod2021@mail.ru – приемная главного врача

8. ПОДПИСИ СТОРОН

"ИСПОЛНИТЕЛЬ"	"ЗАКАЗЧИК"
Должность	_____ (Ф.И.О)
(Ф.И.О)	
_____ (подпись)	_____ (подпись получателя услуги)

Приложение №4 к приказу № 409
от «11» 2021г.

ДОГОВОР

НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ЮРИДИЧЕСКИМ ЛИЦАМ

г. Астрахань «____»_____20____г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областной онкологический диспансер», свидетельство о регистрации ЕГРЮЛ серия 30 № 000654055 от 25.12.2002 г., регистрирующий орган Инспекция Министерства Российской Федерации по налогам и сборам по Кировскому району г.Астрахани, лицензия серии ЛО30-01-002219 от 28.12.2020 г. выданная Министерством здравоохранения Астраханской области, находящимся по адресу: 414056, г. Астрахань, ул. Татищева, 16 «В», контактный тел./факс: (8512) 54-16-19 (при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): 1) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: гистологии, дезинфектологии, лабораторной диагностике, медицинской статистике, операционному делу, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, функциональной диагностике, эпидемиологии; 2) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; 3) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), гигиеническому воспитанию, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, неврологии, нейрохирургии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), психотерапии, радиологии, рентгенологии, ультразвуковой диагностике, управлению сестринской деятельностью, урологии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии, эндоскопии, эпидемиологии. 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: онкологии, сестринскому делу 2) при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий, анестезиологии и реаниматологии, гистологии, дезинфектологии, дистологии, клинической лабораторной диагностике, лабораторной диагностике, лечебной физкультуре, медицинской статистике, медицинскому массажу, онкологии, операционному делу, организации здравоохранения и общественному здоровью, организации сестринского дела, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), патологической анатомии, психотерапии, радиологии, радиотерапии, реаниматологии, рентгенологии, сестринскому делу, терапии, торакальной хиругии, трансфузиологии, управление сестринской деятельностью, урологии, функциональной диагностике, хирургии, эндоскопии, эпидемиологии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): 1) при проведении медицинских осмотров по: медицинских осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); 2) при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности). При оказании паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях по: онкологии, сестринскому делу, трансфузиологии, в лице _____

_____

_____, действующего на основании _____, именуемое в дальнейшем Исполнитель, с одной стороны, и ООО «_____», именуемое в дальнейшем Заказчик (Потребитель) в лице _____, действующего на основании Устава с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.

1.1. Настоящий договор определяет условия оказания платных услуг. Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется оказать платную услугу третьим лицам, определенным Заказчиком.
1.2. Исполнение обязательств по договору является встречным и осуществляется при условии надлежащего исполнения обязательств сторонами.
1.3. Заказчик обязан оплатить услуги Исполнителя в размере и в сроки, указанные в настоящем договоре.

2. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязан:
- оказать третьим лицам, определенным Заказчиком качественную услугу в установленный договором срок;
- заблаговременно предоставить Заказчику и третьим лицам достоверную информацию о предоставляемой услуге;
- незамедлительно информировать Заказчика и третьих лиц об обнаруженной невозможности получить ожидаемые результаты или нецелесообразности продолжения оказания услуг;

2.2. Исполнитель обеспечивает выполнение работ высококвалифицированным медицинским персоналом используя при этом современное оборудование для проведения исследований.
2.3.Исполнитель обязуется выполнить платные услуги Заказчика в полном объеме и в сроки, необходимые для получения результата.
2.4. Исполнитель имеет право отказаться от исполнения обязательств по договору при условии возмещения Заказчику убытков.

2.5. Заказчик обязан своевременно оплатить стоимость услуги в порядке и сроки, указанные в договоре.
2.6. Заказчик имеет право:
- на предоставление ему Исполнителем полной достоверной информации о полученной услуге;
- отказаться от исполнения Договора на любом этапе и получить уплаченную сумму с возмещением Исполнителю фактических затрат;
- требовать предоставления услуг надлежащего качества, сведений о сертификации специалистов и стоимости услуг;
- предъявлять требования о возмещении убытков, согласно ГК РФ.

3. СТОИМОСТЬ РАБОТ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Стоимость исследований определяется согласно Прейскуранту цен на оказание платных медицинских услуг, утвержденного Главным врачом ГБУЗ АО «Областной онкологический диспансер» (далее – Прейскурант).
3.2.Оплата услуг производится ежемесячно на основании счета и акта выполненных работ, не позднее 15 числа месяца, следующего за отчетным. Обязанность по оплате настоящего договора считается исполненной Заказчиком с момента перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.
3.3.Исполнитель оставляет за собой право изменять цены на оказываемые услуги, о чем извещает Заказчикавформе телефонограммы или письменно, с последующим предоставлением нового прейскуранта цен.
3.4. При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ, не предусмотренных настоящим договором, они выполняются с письменного согласия Заказчика с оплатой согласно Прейскуранту и оформляются дополнительным соглашением.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1.При неисполнении или нарушении обязательств по настоящему договору одной из сторон, другая сторона вправе в одностороннем порядке расторгнуть настоящий договор с предъявлением требований о возмещении понесенных убытков.
4.2. В случае нарушения Заказчиком установленных сроков оплаты услуг, указанных в пункте 3.2настоящего Договора подлежит уплате неустойка в размере 1/360 ставки рефинансирования Банка России, действующей на день уплаты. Данная неустойка начисляется на сумму долга или ее остаток (при частичном погашении) с первого дня просрочки платежа и до полного погашения задолженности.
4.3. В случае невозможности решения споров путем переговоров, они будут разрешаться в арбитражном суде Астраханской области.
4.4. Стороны освобождаются от ответственности за невыполнение обязательств по данному договору, если оно явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы.

5. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

5.1.Настоящий договор вступает в законную силу с момента его подписания и действует до исполнения обязательств сторонами.
5.2. Все изменения и дополнения к настоящему договору будут действительны после их оформления в письменном виде и подписания уполномоченными представителями сторон.
5.3. Договор, может быть, расторгнут по соглашению сторон, а так же по другим основаниям, предусмотренным законодательством РФ и данным договором.
5.4. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу - для каждой из сторон.

6.ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН:

Исполнитель:
ГБУЗ АО «ОКОД»
414041, г. Астрахань, ул. Б. Алексеева, 57
ИНН 3015012445 КПП 301501001
Минфин Астраханской области
(ГБУЗ АО «ОКОД»)
Лицевой счет 20854Ч97316, 22854Ч97316, 21854Ч97316
Отделение Астрахань Банка России//УФК по Астраханской области г. Астрахань
БИК 011203901
р/с 40102810445370000017
каз/с 03224643120000002500
ОКТМО 12701000
Тел/Факс: 8(512) 45-92-01
E-mail: oodapteka@yandex.ru - аптека
E-mail: okod2021@mail.ru - приемная

Главный врач_____/_____/

«_____» _____ 20___ г.

М.П.

Заказчик:

_____/_____/

приложение №2 к приказу № 409
от «19» 11 2021 г.

Договор
на предоставление платных медицинских услуг при выполнении оперативного вмешательства

г. Астрахань «__» _____ 201__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областной онкологический диспансер», свидетельство о регистрации ЕГРЮЛ серия 30 № 000654055 от 25.12.2002 г., регистрирующий орган Инспекция Министерства Российской Федерации по налогам и сборам по Кировскому району г.Астрахани, лицензия серии ЛО30-01-002219 от 28.12.2020 г. выданная Министерством здравоохранения Астраханской области, находящимся по адресу: 414056, г. Астрахань, ул. Татищева, 16 «В», контактный тел./факс: (8512) 54-16-19 (при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): 1) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: гистологии, дезинфектологии, лабораторной диагностике, медицинской статистике, операционному делу, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, функциональной диагностике, эпидемиологии; 2) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; 3) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), гигиеническому воспитанию, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, неврологии, нейрохирургии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), психотерапии, радиологии, рентгенологии, ультразвуковой диагностике, управлению сестринской деятельностью, урологии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии, эндоскопии, эпидемиологии.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: онкологии, сестринскому делу 2) при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий, анестезиологии и реаниматологии, гистологии, дезинфектологии, дистологии, клинической лабораторной диагностике, лабораторной диагностике, лечебной физкультуре, медицинской статистике, медицинскому массажу, онкологии, операционному делу, организации здравоохранения и общественному здоровью, организации сестринского дела, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), патологической анатомии, психотерапии, радиологии, радиотерапии, реаниматологии, рентгенологии, сестринскому делу, терапии, торакальной хирургии, трансфузиологии, управление сестринской деятельностью, урологии, функциональной диагностике, хирургии, эндоскопии, эпидемиологии.При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): 1) при проведении медицинских осмотров по: медицинских осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); 2) при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности), При оказании паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях по: онкологии, сестринскому делу, трансфузиологии, в _____, действующего на основании _____, с одной стороны, и гражданин(ка) _____, паспорт серии ..... номер _____ выдан ....., проживающий(ая) по адресу: _____, именуемый(ая) в дальнейшем Пациент, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1 Исполнитель обязуется оказывать Пациенту следующие медицинские услуги, связанные с оперативным вмешательством в организм Пациента:

Наименование услуги	Стоимость услуги (руб.)	Срок оказания услуги

по перечню и в сроки, установленные в соответствие с приложением № 1 к настоящему договору (являющимся неотъемлемой частью настоящего договора), а также в соответствии лицензией № ЛО30-01-002219 от 28.12.2020 г., а Пациент обязуется оплатить медицинские услуги по цене, в сроки и на условиях, установленных настоящим договором.

1.2. При оказании медицинских услуг Исполнителем будут применяться следующие стандарты медицинской помощи и порядки оказания медицинской помощи _____

1.3. Оказание медицинских услуг будет осуществляться специалистами, указанными в приложении №1 к настоящему договору. Информация о профессиональном образовании и квалификация данных специалистов доведена до сведения Пациента.

1.4. Подписывая настоящий договор, Пациент подтверждает, что ему в доступной форме была разъяснена информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

2. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

2.1. Пациент оплачивает медицинские услуги в кассу Исполнителя по тарифам, действующим у Исполнителя на дату заключения договора. В случае, если срок оказания услуг переносится по сравнению со сроками, указанными в договоре, услуги оплачиваются по ценам, действующим на момент оказания медицинских услуг.

2.2.Оплата медицинских (ой) услуг (и) производится наличными денежными средствами в кассу Исполнителя на условиях предоплаты в размере 100% стоимости услуг. Срок оплаты: в любые сроки до непосредственного оказания медицинской услуги.

2.3. Датой оплаты считается дата поступления денежных средств в кассу Исполнителя.

2.4. Кассовый чек, выданный Исполнителем Пациенту является неотъемлемой частью настоящего договора. Сумма кассового чека (кассовых чеков) составляет сумму настоящего договора.

3. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

3.1.Исполнитель оказывает медицинские услуги в соответствии с утвержденным графиком работы и условиями, соответствующими установленным требованиям.

3.2.Медицинские услуги оказываются в сроки: с «___»_____ до «___»_____

4. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН

4.1. Права и обязанности Исполнителя:

Исполнитель обязан

4.1.1.Обеспечить оказание качественной и безопасной медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.1.2. Обеспечить соблюдение порядков оказания медицинской помощи.

4.1.3.Выдать Пациенту направление для прохождения услуг(и) с указанием сроков оказания услуг, места их оказания (кабинет по месту нахождения Исполнителя) и необходимыми рекомендациями по подготовке Пациента.

4.1.4.Выдать Пациенту документ строгой отчетности (кассовый чек), подтверждающий прием денежных средств от Пациента.

4.1.5. Предоставить квалифицированную, качественную медицинскую услугу Пациенту, в соответствие с утвержденными требованиями медицинского технологического стандарта.

4.1.6.Выдать по окончании оказания медицинской услуги Пациенту документы, содержащие информацию о результатах оказанных услуг.

4.1.7.В случае возникновения неотложных состояний у Пациента, Исполнитель вправе осуществлять действия в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в том числе принимать решение о медицинском вмешательстве в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно.

4.1.8. Предоставить Пациенту бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемых услугах.

4.1.9. Предупредить Пациента в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором.

4.1.10. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие

медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

4.1.11. Предоставить Пациенту в доступной форме полную информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

4.1.12. **Права Исполнителя:**

При оказании платных медицинских услуг Исполнитель пользуется правами в соответствии с действующим законодательством.

4.2. Права и обязанности Пациента:

Пациент обязан:

4.2.1. Предварительно в соответствии с настоящим договором оплатить стоимость медицинских услуг в кассу Исполнителя. В случае отсутствия оплаты после назначения услуг в регистратуре Исполнителя, Исполнитель вправе снять время оказания услуг в одностороннем порядке до момента повторного обращения Пациента и согласования новых сроков оказания услуг.

4.2.2. Выполнить требования, от которых зависит качественное предоставление медицинской помощи (подготовка в соответствии с требованиями и рекомендациями лечащего врача Исполнителя). В случае выявления Исполнителем ненадлежащей подготовки к оказанию услуг или ее отсутствия Исполнитель вправе отказаться от оказания услуг в одностороннем порядке. В ходе оказания услуг выполнять все медицинские указания, рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения, своевременно информировать лечащего врача об изменениях в состоянии здоровья (самочувствии);

4.2.3.Информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания услуг. В противном случае весь риск связанных с этим последствий несет Пациент.

4.2.4.Письменно подтвердить, что ознакомлен с информацией, касающейся особенностей данной медицинской услуги и условиями ее предоставления, то есть подтвердить свое «Добровольное информированное согласие» на оказание услуги. Добровольное информированное согласие Пациента является неотъемлемой частью настоящего договора. В случае отказа Пациента от подтверждения добровольного информированного согласия на оказание услуги Исполнитель вправе отказаться от оказания услуг в одностороннем порядке.

4.2.5. Соблюдать правила внутреннего распорядка и правила поведения пациента в медицинской организации в соответствии с лечебно-охранительным режимом.

Пациент имеет право:

4.2.6.На качественную и безопасную медицинскую помощь, а также соблюдение иных прав, предусмотренных действующим законодательством.

4.2.7. Пациент имеет право отказаться от оказания услуг до момента начала их оказания и потребовать возврата уплаченных денежных средств с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуг.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

5.1. За нарушение прав Пациента Исполнитель несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством, в том числе законодательством о защите прав потребителей.

5.2. В случае оказания Пациенту медицинской услуги ненадлежащего качества, подтвержденного результатами врачебной экспертизы, Пациент имеет право:

- по личному заявлению оформить возврат денежных средств в кассе Исполнителя;
- безвозмездно (за счет Исполнителя) устранить недостатки оказанной услуги (повторно осуществить повторное оказание услуги);
- привлечь Исполнителя к иным мерам ответственности в соответствии с действующим законодательством.

5.3. Пациент несет имущественную ответственность за причинение ущерба Исполнителю в размере действительной стоимости поврежденного (утраченного) имущества, если такое повреждение (утрата) явилось следствием действий пациента. В этом случае пациент также обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.

5.4. За нарушение санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя, повлекшее за собой причинение ущерба Исполнителю, Пациент обязан возместить причиненные убытки.

5.5. За нарушение рекомендаций Исполнителя, отразившихся на ходе оказания услуги, либо делающее невозможным оказание услуги в установленные сторонами сроки, Пациент обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.

6.ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

6.1.При необходимости изменения в договор вносятся по соглашению сторон и оформляются отдельным соглашением.

6.2.В случае отказа Пациента после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается.

6.3.Исполнитель информирует Пациента (Заказчика) о расторжении договора по инициативе потребителя, при этом Пациент (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7. ИНЫЕ УСЛОВИЯ, ОПРЕДЕЛЯЕМЫЕ ПО СОГЛАШЕНИЮ СТОРОН

7.1. Подписывая настоящий договор, Пациент подтверждает, что ему было разъяснено право на получение медицинских услуг Исполнителя, входящих в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи на территории Республики Алтай в текущем году, на безвозмездной основе. Также был разъяснен порядок оказания таких услуг, условия получения услуг Пациентом. Подписывая настоящий договор, Пациент подтверждает свое согласие на отказ от получения медицинской услуги (если она включена в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи на территории Республики Алтай в текущем году) на безвозмездной основе.

Подписывая настоящий договор, Пациент подтверждает: что перед оказанием услуг ему была предоставлена исчерпывающая информация о его заболевании (диагнозе), современных методах лечения, даны ответы на все интересующие вопросы

7.2. Пациент дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

7.3. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств сторонами.

7.4. Споры и разногласия решаются в претензионном порядке, а в случае невозможности разрешения в - судебном порядке в суде общей юрисдикции в соответствии с действующим законодательством.

7.5. Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу: по одному для каждой из сторон.

Заказчик: Пациент_____ (Ф.И.О.) Паспортные данные: _____ Адрес:_____ Телефон: Подпись_____	ГБУЗ АО «ОКОД» 414041, г. Астрахань, ул. Б. Алексеева, 57 ИНН 3015012445 КПП 301501001 Минфин Астраханской области (ГБУЗ АО «ОКОД») Лицевой счет 20854Ч97316, 22854Ч97316, 21854Ч97316 Отделение Астрахань Банка России//УФК по Астраханской области г. Астрахань БИК 011203901 р/с 40102810445370000017 каз/с 03224643120000002500 ОКТМО 12701000 Тел/Факс: 8(512) 45-92-01

Приложение № 6 к приказу № 409
от «29» декабря 2021г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я, _____, (Ф.И.О. Пациента), в рамках договора о предоставлении платных медицинских услуг, желаю получить медицинские услуги в ГБУЗ АО «ОКОД».

При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я получил(а) от сотрудников ГБУЗ АО «ОКОД» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в данном учреждении в рамках программы государственных гарантий получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на предоставление мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.

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

3. Мне доступно разъяснены сотрудниками ГБУЗ АО «ОКОД» мои права и обязанности в сфере охраны здоровья в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ.

4 Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ГБУЗ АО «ОКОД» не несет ответственности за их возникновение.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения, я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей ГБУЗ АО «ОКОД».Я уведомлен, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего 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 моем состоянии.

6. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с лечащим врачом, и я даю свое согласие на их оплату.

7. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом цен на платные медицинские услуги и согласен(на) оплатить стоимость медицинской(их) услуги(услуг) в соответствии с ним.

8. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных заведениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной(ых) медицинской(их) услуги (услуг) в ГБУЗ АО «ОКОД».

9. Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Настоящее информированное соглашение подписано мною после проведения предварительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

Пациент _____/ _____/
Подпись расшифровка подписи
"__" _____ 20___

Приложение 2 к приказу
от «___» _____ 2021 г.
№ ___

В Государственное бюджетное учреждения здравоохранение Астраханской области «Областной клинический онкологический диспансер»
Б. Алексеева ул., д.57, Астрахань, 414041
Тел./ факс 8(8512) 45-92-01
e-mail: okod2021@mail.ru
ОКПО 01917255,ОГРН 1023000865425
ИНН/КПП 3015012445/301501001

Заявление
пациента о согласии на обработку персональных данных

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)
"___" _____ _____ года рождения, проживающий по адресу: _____,
паспорт: серия _____ N _____, выдан "___"_____ ____ г. _____,

руководствуясь ст. ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", даю согласие Государственное бюджетное учреждения здравоохранение Астраханской области «Областной клинический онкологический диспансер» Б. Алексеева ул., д. 57, Астрахань, 414041 (далее - Оператор) в целях оказания мне медицинских услуг на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях на период оказания медицинской помощи Оператором.

Оператор имеет право на обработку персональных данных, если она:

- необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов субъекта персональных данных либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц и получение согласия субъекта персональных данных невозможно;

- осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в том числе и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

_____/_____ _____ "___"_____ ____ г.
(подпись, Ф.И.О.)

Согласие получено "___"_____ ____ г.

Уполномоченный представитель медицинской организации: _____/_____
(подпись, Ф.И.О.)

Приложение 198 к приказу № 119
от «29» 11 для 2021г.

Направление для определения стоимости лечения

Фамилия Имя отчество_____
Год рождения_____ Номер амбулаторной карты/ стац. карты_____
Фамилия имя отчество врача_____

Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги	Примечание
	ИТОГО		

«_____»_____2020 г.

Подпись и печать
врача_____

Приложение № 1 к договору
на оказание платных медицинских услуг №____ от _____

СМЕТА
На оказание платных медицинских услуг

№	Наименование медицинской услуги	Стоимость	Срок оказания	Специалист, кабинет	Примечание
1					
2					
3					
4					
5					
6					

Перечень лекарственных препаратов и медицинских изделий, используемых для оказания медицинских услуг

№	Наименование лекарственного препарата или медицинского изделия	Стоимость
1		
2		
3		

Сведения о специалистах, оказывающих платные медицинские услуги

Наименование медицинской услуги	ФИО, должность специалиста, оказывающего услугу	Сведения о квалификации и образовании специалиста

Заказчик: Пациент_____ (Ф.И.О.) Паспортные данные: _____ Адрес:_____ __ Телефон: Подпись_____	ГБУЗ АО «ОКОД» 414041, г. Астрахань, ул. Б. Алексеева, 57 ИНН 3015012445 КПП 301501001 Минфин Астраханской области (ГБУЗ АО «ОКОД») Лицевой счет 20854Ч97316, 22854Ч97316, 21854Ч97316 Отделение Астрахань Банка России//УФК по Астраханской области г. Астрахань БИК 011203901 р/с 40102810445370000017 каз/с 03224643120000002500 ОКТМО 12701000 Тел/Факс: 8(512) 45-92-01 E-mail: oodapteka@yandex.ru - аптека E-mail: okod2021@mail.ru - приемная Главный врач_____/_____/ «_____» _____ 20___г. М.П.

приложение № 3 к приказу № 429
от «29» 12 2021 г.

СМЕТА
На оказание платных медицинских услуг

№	Наименование медицинской услуги	Стоимость	Срок оказания	Специалист, кабинет	Примечание
1					
2					
3					
4					
5					
6					

Перечень лекарственных препаратов и медицинских изделий, используемых для оказания медицинских услуг

№	Наименование лекарственного препарата или медицинского изделия	Стоимость
1		
2		
3		

Сведения о специалистах, оказывающих платные медицинские услуги

Наименование медицинской услуги	ФИО, должность специалиста, оказывающего услугу	Сведения о квалификации и образовании специалиста

Заказчик:
Пациент_____
(Ф.И.О.)
Паспортные данные: _____

Адрес:_____

Телефон:
Подпись_____

Исполнитель:
ГБУЗ АО «ОКОД»
414041, г. Астрахань, ул. Б. Алексеева, 57
ИНН 3015012445
КПП 301501001
Минфин Астраханской области
(ГБУЗ АО «ОКОД»)
Лицевой счет 20854Ч97316, 22854Ч97316, 21854Ч97316
Отделение Астрахань Банка России//УФК по Астраханской области
г. Астрахань
БИК 011203901
р/с 40102810445370000017
каз/с 03224643120000002500
ОКТМО 12701000
Тел/Факс: 8(512) 45-92-01
E-mail: oodapteka@yandex.ru - аптека
E-mail: okod2021@mail.ru - приемная

Главный врач/_____/_____/

«_____» _____ 20___г.

М.П.

приложение № 3 к приказу № 429
от «19» 11 2021 г.

СМЕТА
На оказание платных медицинских услуг

№	Наименование медицинской услуги	Стоимость	Срок оказания	Специалист, кабинет	Примечание
1					
2					
3					
4					
5					
6					

Перечень лекарственных препаратов и медицинских изделий, используемых для оказания медицинских услуг

№	Наименование лекарственного препарата или медицинского изделия	Стоимость
1		
2		
3		

Сведения о специалистах, оказывающих платные медицинские услуги

Наименование медицинской услуги	ФИО, должность специалиста, оказывающего услугу	Сведения о квалификации и образовании специалиста

Заказчик:	Исполнитель:
Пациент_____ (Ф.И.О.) Паспортные данные: _____ Адрес:_____ Телефон: Подпись_____	ГБУЗ АО «ОКОД» 414041, г. Астрахань, ул. Б. Алексеева, 57 ИНН 3015012445 КПП 301501001 Минфин Астраханской области (ГБУЗ АО «ОКОД») Лицевой счет 20854Ч97316, 22854Ч97316, 21854Ч97316 Отделение Астрахань Банка Россия//УФК по Астраханской области г. Астрахань БИК 011203901 р/с 40102810445370000017 каз/с 03224643120000002500 ОКТМО 12701000 Тел/Факс: 8(512) 45-92-01 E-mail: oodapteka@yandex.ru - аптека E-mail: okod2021@mail.ru - приемная Главный врач/_____/_____/ «_____» _____ 20___г. М.П.

приложение № 5 к приказу № 429
от «25» 11 2021 г.

Кому: ФИО пациента
Дата рождения
Паспортные данные
Адрес места жительства пациента

УВЕДОМЛЕНИЕ
О НЕСОБЛЮДЕНИИИ НАЗНАЧЕНИЙ (РЕКОМЕНДАЦИЙ) ВРАЧА ПРИ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Настоящим Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области «Областной клинический онкологический диспансер» уведомляет пациента *(ФИО, дата рождения, паспортные данные, адрес места жительства)*_____ о том, что при оказании платной медицинской услуги _____*(наименование услуги)*, несоблюдение назначений (рекомендаций) исполнителя, врача (медицинского работника) *(указать ФИО, должность специалиста)*_____, оказывающего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, кратности, дозировок, сроков приема лекарственных препаратов, иное *(указать, что именно)*_____ могут снизить качество оказываемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента.

Должность, ФИО, подпись ответственного лица
Медицинской организации_____

Дата получения _____

Подпись пациента _____/_____

ФИО полностью собственноручно

приложение № 3
к приказу № 405
от «19» 11 2021 г.

ИНФОРМИРОВАННЫЙ ДОБРОВОЛЬНЫЙ ОТКАЗ ПАЦИЕНТА ОТ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БЕСПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ

Я, гражданин(ка)

_____

_____

Отказываюсь от возможности применения бесплатных для меня медицинских изделий (*при необходимости указать каких именно*) за счет государственных внебюджетных и бюджетных средств в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи на территории Астраханской области.

Я ознакомлен с информацией о возможности и порядке получения медицинских услуг в ГБУЗ АО «ОКОД» на бесплатной основе.

Я ознакомлен с тем, что могу получить аналогичную медицинскую помощь в других медицинских учреждениях на других условиях.

Своей подписью я подтверждаю свое желание на использование медицинских изделий (*при необходимости указать каких именно*)_____ на платной основе при предоставлении мне медицинских услуг.

Дата_____20 г.

Подпись_____