

Форма Договора об оказании платных услуг по медицинскому освидетельствованию граждан на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием № __

г. Москва

"ДД" месяц год.

ФИО (паспортные данные; адрес регистрации: , телефон:, адрес электронной почты:), именуемый в дальнейшем «Потребитель», с одной стороны, и Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская поликлиника № 66 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ГП № 66 ДЗМ»), 111672, г. Москва, ул. Салтыковская, д. 11Б, ОГРН 1037720013704, ИНН 7720270028, лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01137-77/00355978, выдана от 27 августа 2020 года Департаментом здравоохранения города Москвы (127006, г. Москва, Оружейный переулок, д. 43, тел. 8(495) 652-82-46), срок действия бессрочно, в лице главного врача Сиводеда Олега Михайловича, действующего на основании устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель 1», с другой стороны, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «МНПЦ Наркологии ДЗМ»), 109390, г. Москва, ул. Люблинская, д. 37/1, ОГРН 1057723005009, ИНН 7723356386, лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01137-77/00383102, выдана 27 декабря 2019 года Департаментом здравоохранения г. Москвы (127006, г. Москва, Оружейный переулок, д. 43, тел. 8(495) 652-82-46), срок действия бессрочно, в лице главного врача ГБУЗ «ГП № 66 ДЗМ» Сиводеда Олега Михайловича, действующего на основании доверенности, выданной в рамках договора поручения, именуемое в дальнейшем «Исполнитель 2», с другой стороны, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 13 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ»), 109386, г. Москва, ул. Ставропольская, д. 27, ОГРН 1027739601449, ИНН 7723040720, лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01137-77/00362990, выдана 15 декабря 2020 года Департаментом здравоохранения г. Москвы (127006, г. Москва, Оружейный переулок, д. 43, тел. 8(495) 652-82-46), срок действия бессрочно, в лице главного врача ГБУЗ «ГП № 66 ДЗМ» Сиводеда Олега Михайловича, действующего на основании доверенности, выданной в рамках договора поручения, именуемое в дальнейшем «Исполнитель 3», а вместе именуемые «Исполнители», с другой стороны, именуемые в дальнейшем «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнители обязуются по заданию Потребителя оказывать услуги по проведению медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием, а Потребитель обязуется оплачивать оказанные услуги в размере, в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором, в соответствии с перечнем видов медицинской помощи, указанных в выписке из реестра лицензий, являющейся неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.2. Перечень медицинских услуг, оказываемых Потребителю каждым из Исполнителей в соответствии с настоящим Договором, определяется в Приложении № 1, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.3. Медицинское освидетельствование проводится в целях установления наличия

(отсутствия) заболеваний, включенных в Перечень заболеваний, при наличии которых противопоказано владение оружием, утвержденный постановлением Правительства Российской Федерации от 19 февраля 2015 г. № 143 «Об утверждении перечня заболеваний, при наличии которых противопоказано владение оружием, и о внесении изменения в Правила оборота гражданского и служебного оружия и патронов к нему на территории Российской Федерации».

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнители обязаны:

2.1.1. Оказать медицинские услуги надлежащего качества с использованием достоверных и сертифицированных методов исследования в порядке и в сроки, указанные в п. 3 настоящего Договора;

2.1.2. Получить письменное согласие Потребителя на получение медицинской услуги, а также Согласие на обработку его персональных данных в рамках действующего законодательства (Приложение № 2 к настоящему договору);

2.1.3. При оказании услуг соблюдать медицинские нормы и правила, в том числе, санитарно-эпидемиологический режим;

2.1.4. Соблюдать врачебную тайну и режим конфиденциальности в отношении информации, полученной в процессе исполнения настоящего Договора в рамках Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

2.1.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, предупредить об этом Потребителя.

2.2. Потребитель обязан:

2.2.1. Явиться в ГБУЗ «ГП № 66 ДЗМ» по адресу: _____ в заявленное (зарезервированное им время в ЕМИАС) время для получения услуги;

2.2.2. Оплатить медицинские услуги по стоимости, предусмотренной прейскурантом и оговоренной в пункте 4.1 до начала их исполнения;

2.2.3. До начала предоставления медицинских услуг предупредить Исполнителей об имеющихся у него противопоказаниях, сообщить о себе врачам все запрошенные ими сведения медицинского и иного характера;

2.2.4. Предоставить Исполнителям в письменном виде информированное добровольное согласие на получение медицинской услуги, а также согласие на обработку персональных данных;

2.2.5. Соблюдать правила поведения в медицинской организации, режим работы медицинской организации;

2.2.6. Соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период его временной нетрудоспособности.

2.3. Исполнители имеют право:

2.3.1. Требовать от Потребителя предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему медицинских услуг;

2.3.2. Требовать от Потребителя своевременной оплаты оказанных ему медицинских услуг;

2.3.3. Отказаться от исполнения Договора, если Потребитель нарушил свои обязанности, изложенные в п. 2.2., при этом денежные средства возвращаются Потребителю только за неисполненную на момент извещения часть работ.

2.4. Потребитель имеет право:

2.4.1. Получать от Исполнителей все сведения медицинского характера о себе, возникающие во время исполнения услуги;

2.4.2. Предъявлять требования к Исполнителям по качеству, количеству и объему оказываемых медицинских услуг.

2.4.3. Отказаться от исполнения договора в любое время, при этом оплаченные Потребителем средства, превышающие стоимость оказанных Исполнителями услуг, подлежат возврату.

3. Порядок оказания услуг. Срок оказания услуг

3.1.1. Медицинские услуги предоставляются в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи.

3.1.2. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Потребителя, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, в случае, если такое согласие требуется в соответствии с действующим законодательством.

3.1.3. Началом оказания услуги считается время с момента обращения Потребителя к медицинскому регистратору за медицинской услугой и получением квитанции для оплаты. Сроком окончания считается получение Потребителем на руки медицинского заключения об отсутствии медицинских противопоказаний к владению оружием, оформленного в соответствии с требованиями приказа Минздрава России от 26 ноября 2021 г. № 1104н «Об утверждении порядка проведения медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием, в том числе внеочередного, и порядка оформления медицинских заключений по его результатам, форм медицинского заключения об отсутствии медицинских противопоказаний к владению оружием и медицинского заключения об отсутствии в организме наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов».

3.1.4. Медицинское освидетельствование включает следующие медицинские осмотры врачами-специалистами и лабораторные исследования:

- осмотр врачом-психиатром-наркологом;
- предварительное химико-токсикологическое исследование с оформлением медицинского заключения по форме N 003-О/у «Медицинское заключение об отсутствии в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов» врачом-психиатром-наркологом при отрицательном результате;
- патопсихологическое (психодиагностическое) исследование;
- психиатрическое освидетельствование, включающее в себя осмотр врачом-психиатром;
- осмотр врачом-офтальмологом;
- оформление медицинского заключения по форме N 002-О/у «Медицинское заключение об отсутствии медицинских противопоказаний к владению оружием».

3.2. Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

- ознакомил Потребителя с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 г. № 736;
- ознакомил его с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;
- уведомил Потребителя, что данный вид медицинской услуги не входит в программу обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) и не финансируется из средств ОМС.

3.3. Подписав настоящий Договор, Потребитель подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

3.4. Медицинские услуги по настоящему договору оказываются в течение 1 рабочего дня с момента его заключения.

3.5. Выдача Потребителю (законному представителю Потребителя) после исполнения договора Исполнителем медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах

лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, осуществляется без взимания дополнительной платы по заявлению Потребителя (законного представителя Потребителя).

4. Стоимость услуг и порядок расчетов

4.1. Стоимость услуг Исполнителей определяется сторонами в [Приложении № 1](#) к настоящему договору. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Заказчику по настоящему Договору, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом цен (тарифов) платных услуг, утвержденных исполнителями, и общая стоимость оказанных услуг составляет _____ (_____) рублей.

4.2. Стоимость медицинских услуг по настоящему Договору определяется по Прейскуранту цен (тарифов) платных услуг, действующему на момент заключения настоящего Договора, и остается неизменной в течение всего срока действия настоящего Договора.

4.3. Потребитель оплачивает услуги в порядке 100-процентной предоплаты в безналичном порядке путём оплаты через платёжный терминал Исполнителя 1.

4.4. По факту исполнения сторонами своих обязательств по настоящему договору, стороны подписывают Акт о выполнении платных услуг (Приложение № 3 к настоящему Договору).

4.5. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора на предоставление дополнительных услуг, их стоимость определяется по Прейскуранту цен (тарифов) платных услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора.

4.6. В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения комплексной услуги, Договор расторгается. При этом Потребитель оплачивает Исполнителем полную стоимость проведенной процедуры (исследования), как за отдельно оказанную услугу (вне комплекса) по действующему прейскуранту.

4.7. В случае неказания, оказания услуг ненадлежащего качества и при иных основаниях для возврата денежных средств Исполнитель возвращает Потребителю денежные средства в течение 10 (десяти) дней с момента предъявления требования Потребителем.

4.8. Возврат денежных средств Потребителю осуществляется на основании заявления Потребителя на возврат денежных средств.

5. Порядок изменения и расторжения настоящего договора

5.1. Стороны вправе досрочно расторгнуть настоящий договор по взаимному соглашению.

5.2. Потребитель вправе отказаться от исполнения обязательств по настоящему договору и расторгнуть его в одностороннем порядке при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

5.3. Исполнитель вправе отказаться от исполнения обязательств по настоящему договору лишь при условии полного возмещения Заказчику убытков.

5.4. Все изменения и дополнения настоящего Договора действительны в случае оформления их в письменном виде и подписания обеими сторонами.

6. Ответственность сторон

6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

6.2. Исполнители несут ответственность перед Потребителем, каждый в рамках оказанных услуг, в соответствии с действующим законодательством.

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

6.4. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье.

6.5. Сторона, для которой сделалось невозможным исполнение обязательств по Договору, обязана не позднее 2 (двух) дней с момента их наступления и прекращения в письменной форме уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

6.6. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Потребителем условий настоящего Договора.

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

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

7. Срок действия договора, заключительные положения

7.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания обеими сторонами и действует по « ____ » _____ 20 ____ г.

7.2. Все споры и разногласия, возникающие между сторонами по вопросам исполнения обязательств по настоящему договору, будут разрешаться путем переговоров на основе действующего законодательства и обычаев делового оборота.

7.3. В случае неурегулирования в процессе переговоров спорных вопросов, споры разрешаются в суде по адресу ответчика.

7.4. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Договором, стороны руководствуются действующим законодательством.

7.5. Настоящий Договор составлен и подписан в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, и хранится по одному у каждой из сторон.

8. Подписи, адреса и реквизиты сторон

Исполнитель №1:

ГБУЗ «ГП № 66 ДЗМ»

Юридический адрес: 111672, г. Москва,
ул. Салтыковская, д. 11 «Б».

Фактический адрес: 111672, г. Москва, ул.
Салтыковская, д. 11 «Б».

ИНН 7720270028/ КПП 772001001

Тел. и факс 8(495)701-76-55

Адрес электронной почты:

gp66@zdrav.mos.ru

Банковские реквизиты:

ЕКС 40102810545370000003 в ГУ Банка

России по ЦФО//УФК по г. Москве г.

Москва,

Счет 03224643450000007300, Департамент
финансов города Москвы (ГБУЗ «ГП № 66
ДЗМ») л/с 2605442000630906),

Потребитель:

ФИО:

Паспорт:

Выдан:

Дата выдачи:.

Код подразделения

Адрес:

Тел.

_____ / _____./

БИК 004525988
КБК 05400000000131131022

Исполнитель №2:

ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»
ИНН 7723356386, КПП 772301001
ОГРН 1057723005009
Адрес: 109390, г. Москва, ул. Люблинская,
д. 37/1
Банковские реквизиты:
ЕКС 40102810545370000003 в ГУ Банка
России по ЦФО//УФК по г. Москве г.
Москва,
Счет 03224643450000007300, Департамент
финансов города Москвы (ГБУЗ «МНПЦ
наркологии ДЗМ») л/с 2605441000450925),
БИК 004525988
ОКВЭД 86.10;
ОКТМО 45395000
КБК 05400000000131131022
Адрес электронной почты:
mncn@zdrav.mos.ru
Тел./факс (499) 178-35-05.

Исполнитель №3:

ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ»
ИНН 7723040720, КПП 772301001
ОГРН 1027739601449
Адрес: 109559, г. Москва, ул.
Ставропольская, д.27
Банковские реквизиты:
ЕКС 40102810545370000003 в ГУ Банка
России по ЦФО//УФК по г. Москве г.
Москва,
Счет 03224643450000007300, Департамент
финансов города Москвы (ГБУЗ «ПКБ №
13 ДЗМ») л/с 2605441000450551),
БИК 004525988
ОКВЭД 86.10
ОКТМО 45389000
Тел./факс (495) 350-35-80
КБК 05400000000131131022
Адрес электронной почты:
pb13@zdrav.mos.ru
_____ М.П.

Перечень платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю

| Код услуги | Наименование медицинской услуги | Стоимость услуги, руб. |
|------------|---------------------------------|------------------------|
| | | |

Потребитель:

ФИО:

Паспорт:

Выдан:

Дата выдачи:

Код подразделения

Адрес:

Тел.

Заказчик

_____ / _____./

Исполнитель №1:

Главный врач

ГБУЗ «ГП № 66 ДЗМ»

Исполнитель №2:

ГБУЗ «Московский

научно-практический центр

наркологии ДЗМ»

в лице главного врача

ГБУЗ «ГП № 66 ДЗМ»

_____ (по доверенности)

Исполнитель №3:

ГБУЗ «Психиатрическая

клиническая больница № 13 ДЗМ»

в лице главного врача

ГБУЗ «ГП № 66 ДЗМ»

_____ (по доверенности)

М.П.

Приложение № 2

к договору № _____ от «__» _____ 20__ г.

Согласие на обработку персональных данных

Я, гражданин(ка) ФИО _____, в рамках Договора № _____ от «__» _____ 20__ г., в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 года №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в ГБУЗ «ГП № 66 ДЗМ» (далее — Исполнитель) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактные телефоны, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, — в 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.

В процессе оказания Исполнителем мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Исполнителя, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Исполнителю право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Исполнитель вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных по медицинским услугам на платной основе.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной с момента подписания данного Договора и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Исполнителю по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Исполнителя.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Исполнитель обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской услуги.

Потребитель (или законный представитель Потребителя):

_____/ _____ ФИО /
(подпись)

Приложение № 3
к Договору № _____ от _____

АКТ О ВЫПОЛНЕНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

ФИО (паспортные данные; адрес регистрации: , телефон:, адрес электронной почты:
) , именуемый в дальнейшем «Потребитель», с одной стороны, и Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская поликлиника № 66 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ГП № 66 ДЗМ»), 111672, г. Москва, ул. Салтыковская, д. 11Б, ОГРН 1037720013704, ИНН 7720270028, лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01137-77/00355978, выдана от 27 августа 2020 года Департаментом здравоохранения города Москвы (127006, г. Москва, Оружейный переулок, д. 43, тел. 8(495) 652-82-46), срок действия бессрочно, в лице главного врача Сиводеда Олега Михайловича, действующего на основании устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель 1», с другой стороны, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «МНПЦ Наркологии ДЗМ»), 109390, г. Москва, ул. Люблинская, д. 37/1, ОГРН 1057723005009, ИНН 7723356386, лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01137-77/00383102, выдана 27 декабря 2019 года Департаментом здравоохранения г. Москвы (127006, г. Москва, Оружейный переулок, д. 43, тел. 8(495) 652-82-46), срок действия бессрочно, в лице главного врача ГБУЗ «ГП № 66 ДЗМ» Сиводеда Олега Михайловича, действующего на основании доверенности, выданной в рамках договора поручения, именуемое в дальнейшем «Исполнитель 2», с другой стороны, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 13 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ»), 109386, г. Москва, ул. Ставропольская, д. 27, ОГРН 1027739601449, ИНН 7723040720, лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01137-77/00362990, выдана 15 декабря 2020 года Департаментом здравоохранения г. Москвы (127006, г. Москва, Оружейный переулок, д. 43, тел. 8(495) 652-82-46), срок действия бессрочно, в лице главного врача ГБУЗ «ГП № 66 ДЗМ» Сиводеда Олега Михайловича, действующего на основании доверенности, выданной в рамках договора поручения, именуемое в дальнейшем «Исполнитель 3», а вместе именуемые «Исполнители», с другой стороны, составили настоящий Акт о том, что Исполнитель 1, Исполнитель 2, Исполнитель 3, оказали Потребителю нижеперечисленные медицинские услуги. Потребитель не имеет претензий к Исполнителю 1, Исполнителю 2, Исполнителю 3, по объему, качеству и срокам выполнения услуг.

| Код услуги | Наименование медицинской услуги | Стоимость услуги, руб. |
|------------|---------------------------------|------------------------|
| | | |

Потребитель:

ФИО:

Паспорт:

Выдан:

Дата выдачи:

Код подразделения

Адрес:

Исполнитель № 1:

Главный врач

ГБУЗ «ГП № 66 ДЗМ»

Исполнитель № 2:

ГБУЗ «Московский

Тел.

Заказчик

_____ / _____./

научно-практический центр

наркологии ДЗМ»

в лице главного врача

ГБУЗ «ГП № 66 ДЗМ»

_____ (по доверенности)

Исполнитель №3:

ГБУЗ «Психиатрическая

клиническая больница № 13 ДЗМ»

в лице главного врача

ГБУЗ «ГП № 66 ДЗМ»

_____ (по доверенности)

М.П.

**Уведомление
о последствиях несоблюдения указаний**

(рекомендаций) медицинского учреждения

ГБУЗ «ГП № 66 ДЗМ», в соответствии с п. 24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 г. № 736, уведомляет ФИО _____ о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского учреждения (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

С уведомлением ознакомлен, экземпляр на руки получил до заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

_____/ _____ ФИО /
(подпись)

«__» _____ 20__ г.

Уведомление

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

Я проинформирован(а) администрацией ГБУЗ «ГП № 66 ДЗМ» о возможности получения в ГБУЗ «ГП № 66 ДЗМ» 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, и даю свое согласие на получение медицинской помощи, входящей в программу государственных гарантий, на платной основе.

_____/ _____ ФИО /
(подпись)

«__» _____ 20__ г.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В отношении _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н¹ (далее — виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

_____ (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____

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

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« _____ » _____ Г.
(дата оформления)

¹ Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный № 24082.