ДОГОВОР № \_\_\_\_\_\_

НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. Екатеринбург

АО «Уралтрансмаш» (Лицензия Министерства здравоохранения Свердловской области № ЛО-66-01-005599 от 21.09.2018г., ОГРН № 1096659005200, зарегистрирован 15.05.2009г. в ИФНС Железнодорожного района г.Екатеринбурга), в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, адрес: 620027, г. Екатеринбург, ул. Короленко, 7, именуемое в дальнейшем «Исполнитель» с одной стороны и гражданин:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Гарант оплаты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Заказчик » ,с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора
   1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю на возмездной основе квалифицированные медицинские услуги согласованного вида и объема в соответствии с нормативными актами о здравоохранении в РФ, в соответствии с Перечнем медицинских услуг, Лицензией на осуществление медицинской деятельности № № ЛО-66-01-005599 от 21.09.2018г. и Прейскурантом платных медицинских услуг Исполнителя, а Потребитель обязуется оплатить оказанные медицинские услуги. Перечень и стоимость медицинских услуг, предоставляемых Потребителю, указывается в приложении № 1 к настоящему договору.
   2. Объем и возможность предоставления Потребителю медицинских услуг определяется лечащим врачом медицинской организации во время первичной консультации. Результаты консультации сообщаются Потребителю и Заказчику для принятия ими решения о дальнейшем прохождении диагностики и лечения.
   3. При заключении договора Заказчику и Потребителю предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
   4. Процесс предоставления медицинских услуг осуществляется в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации № 1006 от 04.10.2012г. «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».
   5. Срок оказания медицинских услуг устанавливается в течение всего срока действия договора. Время и дата оказания конкретной услуги определяется в соответствии с режимом работы Исполнителя и после согласования с Потребителем, в том числе путем предварительной записи Потребителя (очно или по телефону). Место оказания услуги: Свердловская область, г. Екатеринбург, ул. Короленко, д. 7.
   6. До подписания настоящего договора Потребитель был уведомлен о том, что несоблюдение указаний Исполнителя могут снизить качество предоставляемых медицинских услуг, повлечь невозможность их завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.
   7. Потребитель до заключения договора получил информацию о деятельности Исполнителя: методах диагностики, лечения, альтернативных методах лечении, анестезии и возможных осложнениях, возникающих в результате лечения, гарантийных сроках, лечащих врачах их образовании и квалификации, и по доброй воле согласен на оказание ему платных медицинских услуг Исполнителем.
2. Стоимость, порядок оплаты и сроки оказания услуги
   1. Стоимость медицинских услуг, определяется в соответствии с Прейскурантом платных медицинских услуг, действующим на момент оказания платной медицинской услуги. Информация о

СТОИМОСТИ услуг, оказываемых Исполнителем, доведена до Потребителя до заключения договора. Перечень услуг и Прейскурант медицинских услуг находится в свободном доступе в помещении Исполнителя. Потребитель ознакомлен с Прейскурантом до и в процессе заключения настоящего договора. Конкретная стоимость услуг определяется в приложениях к настоящему договору, которые является неотъемлемой его частью.

* 1. Потребитель обязан оплатить услуги Исполнителя своевременно и в полном размере, предварительно наличными денежными средствами через кассу Исполнителя, после каждого этапа лечения либо иным разрешенным и предусмотренным законодательством РФ способом оплаты. Иные способы оплаты могут быть определены дополнительным соглашением сторон, составленным и подписанным в двух экземплярах, по одному для каждой из сторон.
  2. Сроки оказания услуг, определяются, исходя из потребностей Потребителя и количества необходимых медицинских манипуляций. Примерные сроки, оказания услуги согласовываются с Потребителем, при составлении плана лечения. В случае, если в процессе оказания медицинской услуги выяснится, что необходимо провести дополнительные медицинские манипуляции, Исполнитель уведомляет об этом Заказчика, указывает на наличие этих обстоятельств, а также на стоимость и сроки их выполнения.
  3. Срок оказания медицинской услуги определяется датой и временем обращения Заказчика (Потребителя) к Исполнителю в соответствии со ст. 190 ГК РФ. В случае длительности лечения, предполагающие этапность и составление медицинского плана, ориентировочные сроки фиксируются в медицинском плане лечения (медицинской карте) либо в дополнительном соглашении и согласуются с Заказчиком.

1. Права и обязанности сторон
   1. Исполнитель обязан:

* предоставить Потребителю услуги в соответствии с обязательными требованиями к качеству медицинских услуг (при наличии таковых), в том числе в соответствии с Порядками и Стандартами оказания медицинской помощи;
* предоставить по требованию Потребителя информацию о состоянии его здоровья, в том числе сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанными с ними рисками, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, об используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению;
* обеспечить соответствующую профессиональную подготовку медицинского персонала, что должно подтверждаться действующими сертификатами специалистов, с которыми Потребитель может ознакомиться;
* при отказе от медицинского вмешательства разъяснить Потребителю последствия отказа.
  1. Потребитель обязан:
* добросовестно ознакомиться с Прейскурантом платных медицинских услуг;
* до медицинского вмешательства дать Исполнителю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, при этом Потребитель обязан добросовестно изучить представленный бланк согласия и задать все возникшие вопросы;
* до медицинского вмешательства информировать Исполнителя о состоянии своего здоровья, о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;
* в процессе получения медицинских услуг соблюдать режим лечения, правила поведения в медицинской организации Исполнителя, выполнять все рекомендации и указания Врача, осуществляющего лечение, о чем Заказчик уведомлен, удостоверив это своей подписью в договоре.
* информировать Исполнителя об ухудшении состояния своего здоровья в процессе оказания ему платных медицинских услуг;
* являться для получения медицинской услуги (на лечение) в срок, установленный соглашением сторон (план лечения), в случае невозможности явиться на лечение - по возможности информировать об этом Исполнителя заранее;
* своевременно оплатить услуги Исполнителя.
  1. Исполнитель имеет право:
* привлекать третьих лиц к исполнению своих обязательств по данному договору;
* приостановить исполнение настоящего договора или в одностороннем внесудебном порядке расторгнуть его в случае:

а) нарушения Заказчиком обязательств по оплате фактически оказанных Потребителю медицинских услуг, предусмотренных п.2.2, настоящего договора;

б) несоблюдения Потребителем норм общественного поведения (алкогольное и наркотическое опьянение, грубое обращение с персоналом, оскорбление персонала, угрозы в адрес персонала Исполнителя и т.д.), за исключением случаев необходимости оказания экстренного медицинского вмешательства.

в) выявления в процессе лечения медицинских противопоказаний.

* 1. Потребитель имеет право:
* на самостоятельный выбор, на основе действующего Прейскуранта платных медицинских услуг Исполнителя, перечня услуг, которые он желает получить в рамках настоящего договора с учетом рекомендаций, полученных от лечащего врача медицинской организации с последующим составлением индивидуального плана лечения (сметы на предоставление платных медицинских услуг);
* на предоставление ему информации о состоянии здоровья, о предоставляемой медицинской услуге;
* на письменный отказ от медицинского вмешательства;
* на ознакомление с медицинскими документами, отражающими состояние его здоровья, и получение их копий и выписок на основание его письменного заявления.
* на отказ от исполнения договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по договору; при этом отказом от исполнения договора понимается, в том числе, неявка Потребителя в медицинскую организацию к заранее согласованному с Исполнителем времени и дате, равно как и опоздание Потребителя в медицинскую организацию, более чем на 15 минут;

1. Качество услуг, гарантии
   1. Исполнитель гарантирует предоставление Потребителю услуги в соответствии с обязательными требованиями к качеству медицинских услуг (при наличии таковых), в том числе в соответствии с Порядками и Стандартами оказания медицинской помощи.
2. Ответственность сторон
   1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством РФ.
   2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством РФ.
   3. Исполнитель отвечает за недостатки медицинской услуги в пределах установленного гарантийного срока на медицинскую услугу. По истечении гарантийного срока, либо, если гарантийный срок Исполнителем не установлен, ответственность Исполнителя наступает, если Потребитель докажет, что недостатки возникли до принятия услуги (результата работы) или по причинам, возникшим до этого момента.
   4. Исполнитель освобождается от ответственности в случае, если докажет, что недостатки услуги, либо вред, возникли вследствие следующих обстоятельств:

* нарушения Потребителем правил использования результата услуги, в том числе, вследствие не соблюдения Потребителем режима лечения, не выполнения рекомендаций и указаний Исполнителя, невыполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших нарушениях и отклонениях в состоянии здоровья.
* вследствие сокрытия или предоставления Потребителем ложной информации о состоянии своего здоровья, о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;
* вследствие действий третьих лиц или обстоятельств непреодолимой силы.

1. Конфиденциальность
   1. Исполнитель принимает на себя обязательства по сохранению врачебной тайны за исключением случаев, предусмотренных законодательством.
   2. Одновременно с заключением договора Потребитель предоставляет Исполнителю согласие на обработку персональных данных.
2. Порядок изменения и расторжения договора

7.1. Договор может быть изменен или расторгнут по соглашению сторон, равно по другим основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

7.2. Потребитель может отказаться от исполнения договора на любом этапе оказания услуги, уведомив об этом Исполнителя и оплатив Исполнителю фактически понесенные расходы.

7.3. Стороны в праве в одностороннем порядке отказаться от исполнения договора и в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством.

7.4. Исполнитель, в соответствии со ст. 36 Закона РФ от 07.02.1992г. № 2300-1 «О защите прав потребителей» вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения договора с Заказчиком в случае, если Заказчик был уведомлен о необходимости дополнительных исследований и консультаций, а также о том, что его отказ приведет к невозможности качественного оказания услуги, однако не изменил своего решения относительно данных рекомендаций.

1. Прочие условия

8.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до 31.12.2018 г. Если ни одна из сторон в течение 30 дней до истечения срока действия настоящего Договора не заявит о намерении его расторгнуть, то Договор автоматически пролонгируется сроком на один год. Аналогичный порядок пролонгации действует на все последующие годы.

8.2. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

8.3. Договор составлен в двух экземплярах - один из которых находится у Исполнителя, второй - у Потребителя.

8.4. Настоящий договор является рамочным по смыслу ст. 429.1 ГК РФ и определяет общие условия оказания всех услуг заказчику. Детализация видов работ и услуг, стоимости этапов определяется в дополнительных соглашениях, планах лечения, согласованных с Заказчиком.

8.5. При возникновении споров, стороны будут стараться решить их путем переговоров.

1. **Реквизиты Сторон**

**Исполнитель:** АО «Уралтрансмаш» Медико-санитарная часть,

620027 г. Екатеринбург, ул. Короленко, 7. тел: 361-1-361, 370-07-63 Сайт: klinika-korolenko7.ru

Исполнитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заказчик**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспортные данные: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заказчик **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Для сведения Заказчика:**

Лицензия Министерства здравоохранения Свердловской области № ЛО-66-01-005599 от 21.09.2018г.,

Министерство здравоохранения по Свердловской области, тел. 8 343 312-00-03

г. Екатеринбург, ул. Вайнера, 34б

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

(на основании ст.20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. №323-ФЗ, Приказа Министерства здравоохранения РФ от 20.12.2012 г. №1177н)

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

**(фамилия, имя, отчество)**

**года рождения, проживающий (-ая) (зарегистрированный (-ая) по адресу:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Этот бланк заполняется только законным представителем пациента:

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

Паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Являюсь законным представителем (мать, отец, опекун, попечитель лица, признанного недееспособным):

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

(ФИО представляемого)

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

поставлен (-а) в известность, что я (представляемый) обратился (-ась) за медицинской помощью в Акционерное Общество «Уральский завод транспортного машиностроения» Медико-санитарную часть г. Екатеринбурга.

1. Мне разъяснен порядок оказания бесплатной медицинской помощи. Я ознакомлен(а) с тем, что могу получить аналогичную медицинскую помощь также в других медицинских организациях на других условиях. Получив от сотрудников МСЧ полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.
2. Мне согласно моей воле даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого).
3. Я ознакомлен (-а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении и обязуюсь их соблюдать.
4. Мне в полной и доступной форме разъяснено, что медицинское вмешательство – это выполняемые медицинскими работниками по отношению ко мне (представляемому) затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций.
5. Мне (представляемому) врачом в доступной форме представлена полная информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства (Перечень), о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.
6. Мною полностью осознана и понятна представленная врачом информация о медицинском вмешательстве (Перечень), о целях, видах, методах оказания медицинской помощи мне (представляемому), связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.
7. Добровольно даю согласие на медицинское вмешательство (Перечень).
8. Мне (представляемому) разъяснено в доступной форме и мною осознано, что в ходе выполнения указанного медицинского вмешательства (лечения) мне (представляемому), может возникнуть необходимость выполнения другого медицинского вмешательства (дополнительные методы обследования, смена лечения). Я доверяю врачу (-ам) проводить медицинские мероприятия мне (представляемому), которые врач выберет в качестве необходимых для улучшения моего здоровья.
9. Я информирован (-а) о целях, характере и возможных неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, осложнениях, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения.
10. Я извещен (-а) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения. Немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных препаратов, продуктов питания в период прохождения лечения.
11. Я предупрежден (-а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-оздоровительного режима, рекомендаций медицинских работников, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение, могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья вплоть до летального исхода.
12. Я поставил (-а) в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем (здоровьем представляемого), в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов и продуктов питания, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической и биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) в период жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (-а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств мною (представляемым).
13. Я согласен (-на) на осмотр другими медицинскими работниками исключительно в медицинских целях, с учетом сохранения врачебной тайны.
14. Мне (представляемому) в доступной форме разъяснено и мной осознано, что в любое время я (мой представляемый) вправе отказаться от осмотра другими медицинскими работниками в медицинских целях.
15. Я ознакомлен (-на) и согласен (-на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною понятны и добровольно даю свое согласие на вышеуказанное медицинское вмешательство в предложенном объеме.
16. Разрешаю, в случае необходимости, в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 ФЗ от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», предоставить информацию о моем диагнозе, степени и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(ФИО лица, которому разрешается предоставить информацию о диагнозе, степени и характере заболевания пациента, адрес и контактный телефон)

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

**(подпись и расшифровка подписи пациента/ законного представителя, контактный телефон)**

**«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ года. (дата оформления)**

**Перечень видов медицинских вмешательств**

(на основании Приказа МЗ и СР РФ от 23.04.2012 г. № 390н)

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. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).

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

10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография (ФВД).

11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография, рентгенография, маммография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования.

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

13. Манипуляции специалистов: гинеколога (проведение гинекологического осмотра с забором мазков, установка, удаление ВМС), хирурга, онколога (пальпация молочных желез, пункция образований молочных желез, периферических лимфоузлов, пальцевое исследование прямой кишки, пальпация периферических артерий и вен нижних конечностей, пальпация грыжевого выпячивания, внутрисуставное введение лекарственных средств, удаление доброкачественных новообразований кожи и подкожной клетчатки, проведение перевязок, снятие швов, проведение местной анестезии), эндокринолога (пункция образований щитовидной железы), офтальмолога (офтальмоскопия, визометрия, периметрия, исследование цветоощущения, определение рефракции с помощью набора пробных линз, скиаскопия, тонометрия глаза, исследование аккомодации, рефрактометрия, подбор очковой коррекции, оториноларинголога (вестибулометрия, тональная, речевая аудиометрия, удаление серной пробки, удаление инородного тела из слухового отверстия, продувание слуховых труб, пункция ППН, промывание лакун миндалин, блокады с лекарственными веществами), невролога (блокады с лекарственными веществами), дерматовенеролога (забор мазков).

**Ознакомлен: «\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_ года.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(подпись и расшифровка подписи пациента/ законного представителя, контактный телефон)**

**СОГЛАСИЕ гражданина на обработку своих персональных данных**

(в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных")

**Я, нижеподписавшийся\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

**(фамилия имя отчество полностью)**

даю согласие на обработку Акционерному Обществу «Уральский завод транспортного машиностроения» Медико-санитарная часть (далее Оператор) моих персональных данных.

**Адрес регистрации по месту жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Адрес фактического проживания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Данные паспорта: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Цель обработки: организация оказания медицинской помощи, в том числе при прохождении мною предварительного или периодического медицинского осмотра (обследования).

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта: паспортные данные, телефон, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью, обязанным сохранять врачебную тайну.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие субъекта: действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в т. ч. передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных.

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

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) в ТО Роспотребнадзора, Центры профессиональной патологии, а также в другие ЛПУ, в соответствии с Приказом МЗ и СР РФ от 12.04.2011 г. №302н.

На передачу лично мне сведений по указанным мною телефонам согласен (-а).

Срок, в течение которого действует согласие: один год.

Порядок отзыва согласия: по заявлению гражданина.

**Телефон контактный: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

**Подпись гражданина (его представителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.** Подпись оператора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

**«\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_ год.**

**(дата оформления)**

Примечание: В случае недееспособности субъекта персональных данных согласие на обработку дает его законный представитель. В случае смерти субъекта персональных данных согласие на обработку его персональных данных дают в письменной форме наследники субъекта персональных данных.

Приложение № 1

к договору № \_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Перечень**

**медицинских услуг, оказываемых Заказчику (Потребителю)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование платной медицинской услуги | Цена за ед., руб. | Кол-во, ед. | Срок оказания услуги | Сумма, руб. |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Исполнитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Заказчик\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Акт выполненных работ**

Стороны признают, что все услуги, указанные в настоящем приложении к договору выполнены своевременно, качественно и в полном объеме. Претензий стороны друг к другу не имеют.

Исполнитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Заказчик\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Приложение № 1

к договору № \_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Перечень**

**медицинских услуг, оказываемых Заказчику (Потребителю)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование платной медицинской услуги | Цена за ед., руб. | Кол-во, ед. | Срок оказания услуги | Сумма, руб. |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Исполнитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Заказчик\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Акт выполненных работ**

Стороны признают, что все услуги, указанные в настоящем приложении к договору выполнены своевременно, качественно и в полном объеме. Претензий стороны друг к другу не имеют.

Исполнитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Заказчик\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_