|  |  |
| --- | --- |
| «СОГЛАСОВАНО»Председатель профсоюзного комитетаОГАУЗ «Детская больница №1»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.Г.Елизарова«22» февраля 2019 г. | «УТВЕРЖДАЮ»Главный врачОГАУЗ «Детская больница №1»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А.П.Балановский«22» февраля 2019 г. |

**Положение о порядке предоставления платных услуг**

 **в ОГАУЗ «Детская больница №1».**

1. **Общие положения**
	1. Настоящее положение определяет порядок и условия предоставления платных услуг в ОГАУЗ «Детская больница №1» (далее Положение) с целью более полного удовлетворения спроса населения на отдельные виды диагностической, лечебно-профилактической, консультативной помощи, привлечения дополнительных средств для материально-технического развития и содержания учреждения, для стимулирования и поощрения работников, а также дополнения к установленным гарантированным объемам помощи, определенным Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Томской области.
	2. Настоящее Положение разработано в соответствии с Конституцией РФ, Гражданским кодексом РФ, Федеральным законом "О некоммерческих организациях" от 12.01.1996 N 7-ФЗ, законом «О защите прав потребителей» от 07.02.1992 г.№2300 (в действующей редакции), Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012г. № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинским и организациями платных медицинских услуг», Федеральным законом РФ от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской федерации», Федеральным законом от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Федеральным законом № 174-ФЗ от 03.11.2006 г «Об автономных учреждениях», Приказом Департамента здравоохранения Томской области от 06.06.2013 № 63 «Об утверждении Порядка определения цен на платные медицинские услуги, предоставляемые медицинскими организациями, являющимися бюджетными и казенными областными государственными учреждениями здравоохранения, находящимися в ведении Департамента здравоохранения Томской области» и Уставом ОГАУЗ «Детская больница №1».
	3. Для целей настоящего Положения используются следующие понятия:

«Платные медицинские слуги» - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;

«Заказчик» (Потребитель) - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные услуги в соответствии с договором. Заказчик (потребитель), получающий платные услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011№323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

«Исполнитель» - медицинская организация, предоставляющая платные услуги потребителям.

1.4. Платные медицинские услуги предоставляются ОГАУЗ «Детская больница №1» в соответствии с уставом учреждения на основании перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности Учреждения, выданной в установленном порядке Комитетом по лицензированию Томской области.

1.5. Требования к платным услугам, в том числе к их объему и срокам оказания, определяются по соглашению сторон договора, если федеральными законами, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации не предусмотрены другие требования.

1.6. Настоящее Положение в наглядной и доступной форме доводятся исполнителем до сведения потребителя (заказчика).

**2. Условия предоставления платных медицинских услуг.**

2.1 Основанием для оказания платных медицинских услуг являются:

- отсутствие соответствующих медицинских услуг в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

- отсутствие обязательств по оплате данного вида медицинской помощи (медицинской услуги) из средств бюджета;

 - личная инициатива граждан, обратившихся за получением медицинской услуги (без медицинских показаний) или по направлению медицинских организаций, не входящих в государственную и муниципальную системы здравоохранения.

 При заключении договоров заказчику (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 на территории Томской области.

Отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Томской области.

* 1. ОГАУЗ «Детская больница №1» имеет право предоставлять платные услуги:

2.2.1. На иных условиях, чем предусмотрено Программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи на территории Томской области и (или) целевыми программами, по желанию потребителя (заказчика);

2.2.2. Гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации;

2.2.3.При самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренного ст.21 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской федерации» и случаев оказания скорой специализированной, медицинской помощи и медицинской помощи, оказываемой в неотложной или экстренной форме;

2.2.4.При наличии в стационаре учреждения свободных койко-мест в палатах повышенной комфортности за исключением случае, при которых предоставление этих услуг предусмотрено действующим законодательством бесплатно;

2.2.5. При оказании платных услуг сохраняется установленный режим работы учреждения, не допускающий ухудшения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой населению в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Томской области.

Порядок определения цен (тарифов) на платные услуги установлен в соответствии с Приказом Департамента здравоохранения Томской области от 06.06.2013 года № 63 «Об утверждении Порядка определения цен на платные медицинские услуги, предоставляемые медицинскими организациями, являющимися бюджетными и казенными областными государственными учреждениями здравоохранения, находящимися в ведении Департамента здравоохранения Томской области».

При предоставлении платных медицинских услуг должны соблюдаться порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

**3 Информация об исполнителе и предоставляемых им платных услугах**

3.1 Информация о ОГАУЗ «Детская больница №1» предоставлена посредством размещения на сайте в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» http://tomdb.ru, а также на информационных стендах учреждения. Данная информация должна содержать следующие сведения:

3.1.1. Наименование и сокращенное наименование учреждения, его местонахождение (место государственной регистрации);

3.1.2.Адрес места нахождения учреждения, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;

3.1.3. Сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности (номер и дата регистрации, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность учреждения в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа);

3.1.4. Прейскурант цен на платные услуги с указанием цен в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления услуг и порядке их оплаты;

3.1.5. Порядок и условия предоставления медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Томской области;

3.1.6. Сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;

3.1.7. Режим работы учреждения, график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;

3.2. Информация, размещенная на информационных стендах, должна быть доступна любому заинтересованному лицу в течение всего рабочего времени учреждения;

3.3. При заключении договора по требованию заказчика (потребителя) учреждение предоставляет информацию о платных услугах, содержащих следующие сведения:

3.3.1.Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;

3.3.2. Информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

3.3.3.Информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинских вмешательств, их последствий и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

3.3.4.Другие сведения, относящиеся к предмету договора.

3.4. До заключения договора исполнитель в письменной форме уведомляет потребителя (заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизать качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя (Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (стационар).

**4. Порядок заключения договора и оплаты медицинских услуг**

4.1. Платные медицинские услуги и иные услуги, оказанные на платной основе, предоставляются учреждением в рамках договоров с физическими и юридическими лицами. Договор заключается в письменной форме, в лице главного врача с одной стороны и потребителя (заказчика) с другой стороны. В рамках договора регламентируются условия и сроки предоставления услуг, порядок расчетов и стоимость услуг, права, обязанности и ответственность сторон (Приложение №1).

4.1.1. До заключения Договора Исполнитель в письменной форме уведомляет потребителя (заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (представителя Исполнителя), 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.

4.2. Договор содержит:

4.2.1.Сведения об исполнителе, а именно:

4.2.1.1.Наименование и сокращенное наименование медицинской организации, адрес места нахождения, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;

4.2.1.2. Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность учреждения в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа;

4.3.Фамилию, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон потребителя (законного представителя потребителя);

4.4.Перечень платных услуг, предоставляемых в соответствии с договором;

4.5.Стоимость платных услуг, сроки и порядок их оплаты;

4.6.Условия и сроки предоставления платных услуг;

4.7.Должность, фамилия, имя, отчество лица, заключающего договор от имени исполнителя и его подпись, а также фамилия, имя, отчество потребителя (заказчика) и его подпись. В случае если заказчик является юридическим лицом, указывается должность лица, заключающего договор от имени заказчика;

4.8.Ответственность сторон за невыполнение условий договора;

4.9.Порядок изменения и расторжения договора;

4.10.Иные условия, определяемые по соглашению сторон.

4.11.Договор составляется в 2 (двух) экземплярах, один из которых находится у исполнителя, второй у потребителя (заказчика).

Без согласия потребителя (заказчика) исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

4.12. В случае отказа потребителя после заключения договора от получения услуг договор расторгается. Исполнитель информирует потребителя (заказчика) о расторжении договора по инициативе потребителя, при этом потребитель (заказчик) оплачивает исполнителю фактические понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

4.13. ОГАУЗ «Детская больница №1» при оказании платных медицинских услуг выдает:

4.13.1. Физическим лицам:

- Договор на оказание платных медицинских услуг;

- Контрольно-кассовый чек (документ установленного образца);

- Медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получение платных медицинских услуг;

- Рецепт лечащего врача (при необходимости);

- Справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации, заполненную в установленном порядке (по просьбе пациента);

4.13.2. Юридическим лицам:

- Счет на оплату, счет-фактура, акт оказанных (выполненных) работ, реестр исследованных пациентов;

- Договор на оказание платных медицинских услуг;

- Медицинское заключение установленной формы.

4.14. Потребитель (заказчик) обязуется произвести оплату услуг путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя в размере 100% стоимости в соответствии с договором в день подписания сторонами акта оказанных услуг. Оплата за оказанные медицинские услуги производится одним из следующих способов:

-путем наличного расчета через кассу учреждения, с применением контрольно-кассовой машины;

-по безналичному расчету путем перечисления на расчетный счет учреждения.

**5.Порядок предоставления платных услуг**

5.1. Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве –требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.

В случае если федеральным законом, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг, качество предоставляемых платных услуг должно соответствовать этим требованиям.

5.2. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

5.3. Оказание платных медицинских услуг проводится в нерабочее время (вне графиков основной работы кабинетов и отделений).

Оказание медицинских услуг, оказанных на платной основе, допускается в основное рабочее время в следующих случаях:

5.3.1.Сверх установленных объемов медицинской помощи, утвержденных Программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи на территории Томской области;

5.3.2.Если предоставление платных медицинских услуг не ведет к ухудшению доступности и качества медицинской помощи, оказываемой населению в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Томской области;

5.3.3.Если в силу особенностей процесса оказания платных услуг невозможно организовать во внерабочее время.

Платные медицинские услуги оказываются штатными сотрудниками учреждения.

5.4. Исполнитель обязан при оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядкам и срокам их предоставления.

**6 .Ответственность учреждения за предоставление платных услуг**

6.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации учреждение несет ответственность перед потребителем за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а так же в случаях причинения вреда (ущерба) здоровья и жизни пациента, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.2. Контроль за организацией и качеством выполнения платных услуг осуществляется в пределах своей компетенции Департамент здравоохранения Томской области, другие государственные органы и организации, на которые в соответствии с законодательством Российской Федерации возложена проверка деятельности медицинских учреждений.

**Приложение №1/1**

**к Положению о порядке предоставления**

**платных медицинских услуг**

**в ОГАУЗ «Детская больница № 1»**

**УВЕДОМЛЕНИЕ**

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

до заключения договора о предоставлении платных услуг в письменной форме **уведомлен Исполнителем о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (представителя Исполнителя), 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.**

Также до заключения договора мне (при наличии полиса ОМС) разъяснены мои права на предоставление медицинской услуги бесплатно стандартным методом лечения (а также порядок предоставления подобной услуги) и я отказываюсь от предложенной мне возможности получения этого вида медицинских услуг в общем порядке за счет средств ОМС, я ознакомлен с перечнем предоставляемых Исполнителем услуг, стоимостью и правилами их предоставления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (Ф.И.О., подпись)

Экземпляр уведомление в письменной форме до заключения договора получил:

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

(Ф.И.О., дата, подпись)

**УВЕДОМЛЕНИЕ**

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

до заключения договора о предоставлении платных услуг в письменной форме **уведомлен Исполнителем о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (представителя Исполнителя), 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.**

Также до заключения договора мне (при наличии полиса ОМС) разъяснены мои права на предоставление медицинской услуги бесплатно стандартным методом лечения (а также порядок предоставления подобной услуги) и я отказываюсь от предложенной мне возможности получения этого вида медицинских услуг в общем порядке за счет средств ОМС, я ознакомлен с перечнем предоставляемых Исполнителем услуг, стоимостью и правилами их предоставления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (Ф.И.О., подпись)

Экземпляр уведомление в письменной форме до заключения договора получил:

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

(Ф.И.О., дата, подпись)

**Приложение №1**

**к Положению о порядке предоставления**

**платных медицинских услуг**

**в ОГАУЗ «Детская больница № 1»**

**Договор № \_\_\_\_\_\_\_**

**о предоставлении платных медицинских услуг**

г. Томск «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Гражданин (ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт: **\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_**, проживающий (ая) по адресу: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель», с одной стороны, и ОГАУЗ «Детская больница №1», действующее на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года, выданной Комитетом по лицензированию Томской области, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице представителя – администратора (платных услуг) Марейчевой Анастасии Викторовны, действующей на основании Доверенности № 1809-2017 от 18.09.2017 года, с другой стороны, совместно именуемые «Стороны» заключили настоящий договор о нижеследующем.

**1. Предмет договора**

1.1. В соответствии с настоящим договором Исполнитель обязуется оказать медицинские услуги, а Потребитель обязуется оплатить эти услуги.

По настоящему договору Исполнитель оказывает Потребителю следующие медицинские услуги:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Наименование медицинской услуги | Примечание |
| 1. |  |  |

1.2. Потребителю (при наличии полиса ОМС) при подписании настоящего договора разъяснены его права на предоставление медицинской услуги бесплатно стандартным методом лечения (а также порядок предоставления подобной услуги) и он отказывается от предложенной ему возможности получения этого вида медицинских услуг в общем порядке за счет средств ОМС. Потребитель ознакомлен с перечнем предоставляемых Исполнителем услуг, стоимостью и правилами их предоставления.

1.3. Потребитель дает согласие на передачу и обработку своих персональных данных.

1.4. До заключения настоящего договора Исполнитель в письменной форме **уведомил Потребителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (представителя Исполнителя), 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.**

1.5. Срок оказания медицинской услуги, указанной в п.1.1. настоящего договора с \_\_.\_\_\_.20\_\_\_ по \_\_\_.\_\_\_\_\_20\_\_\_. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств по договору.

1.6. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность в соответствие с лицензией указан в приложении № 2 к настоящему договору.

**2. Права и обязанности сторон**

Права Исполнителя:

2.1. Исполнитель вправе самостоятельно определять объем исследований и необходимых действий, направленных на установление верного диагноза и оказания качественной медицинской услуги.

Обязанности Исполнителя:

2.2. Исполнитель принимает на себя обязательство оказать услуги, указанные в п. 1.1 настоящего договора, в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

2.3. Исполнитель предоставляет Потребителю по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

2.4. Исполнитель обязуется сохранить конфиденциальность информации о врачебной тайне Потребителя.

2.5. Исполнитель после исполнения договора выдает Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья.

Права Потребителя:

2.5. Потребитель вправе требовать от Исполнителя надлежащего качества предоставляемой медицинской услуги.

2.6. Потребитель вправе требовать проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов.

2.7. Потребитель имеет право при несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам исполнения услуг по своему выбору:

- назначить новый срок оказания услуги;

- потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги;

- потребовать исполнения услуги другим специалистом;

-расторгнуть договор и потребовать возмещения убытков.

Обязанности Потребителя:

2.8. Потребитель обязан до оказания медицинской услуги информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

2.9. Потребитель обязуется соблюдать лечебно-охранительный режим Учреждения и правила поведения, принятые Исполнителем для пациентов.

2.10. Потребитель обязуется выполнять все рекомендации медицинского персонала, оказывающих ему по договору медицинские услуги, по лечению, в том числе Потребитель обязан соблюдать указания Исполнителя, которые он должен соблюдать после оказания услуги.

**3. Стоимость услуг и порядок платежей**

3.1. Стоимость за единицу оказываемой по настоящему договору услуги (один койко-день) составляет \_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) руб.

Окончательная стоимость и количество оказанных услуг указывается в акте приема-передачи оказанных услуг, который подписывается сторонами по окончании оказания услуг и является неотъемлемой частью настоящего договора.

 3.2. Потребитель обязуется произвести оплату услуг путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя в размере 100% стоимости в соответствии с договором в день подписания сторонами акта оказанных услуг. Оплата за оказанные медицинские услуги производится одним из следующих способов:

-путем наличного расчета через кассу учреждения, с применением контрольно-кассовой машины;

-по безналичному расчету путем перечисления на расчетный счет учреждения.

3.3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя. В таком случае Сторонами заключается дополнительное соглашение к настоящему договору.

**4. Ответственность сторон. Порядок изменения и расторжения договора**

4.1. Исполнитель не несет ответственности за результаты оказания медицинских услуг в случаях несоблюдения Потребителем рекомендаций по лечению, реабилитации и иных неправомерных действий.

4.2. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим договором или в связи с ним, стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров.

4.4. В остальных случаях стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.5. Условия настоящего Договора могут быть изменены по взаимному согласию Сторон.

4.6. Настоящий договор может быть расторгнут по взаимному согласию Сторон.

4.7.Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями обеих Сторон.

4.8. В случае отказа потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

**5. Срок действия договора**

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

5.2. Любые изменения и дополнения к настоящему договору должны быть составлены в письменной форме и подписаны сторонами либо их уполномоченными представителями.

5.3. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

**6. Адреса, реквизиты и подписи сторон**

**ПОТРЕБИТЕЛЬ: ИСПОЛНИТЕЛЬ:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ОГАУЗ «Детская больница № 1»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 634050, г. Томск, Московский тракт, 4

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Тел. (3822) 52-71-79

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ИНН 7018015829 КПП 701701001

 р/сч 40601810400003000001

 БИК: 046902001

 Данные документа, подтверждающего

 факт внесения сведений в ЕГРЮЛ:

 выдан Инспекцией МНС России по г. Томску,

 25.09.2002г. Бланк: серия 70 № 000371507

 Адрес и телефон лицензирующего органа:

 г. Томск, ул. Белинского, 19, 53-34-11

С Уведомлением ознакомлен(а): от Исполнителя:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Марейчева А.В/

ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

«ДЕТСКАЯ БОЛЬНИЦА № 1»

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО (СТАЦИОНАР)**

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, имя, отчество — полностью)*

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

|  |
| --- |
| Этот раздел бланка заполняется только законным представителем лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, паспорт: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_г., являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:\_ \_ *( Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина — полностью, год рождения)* |

поставлен (поставлена) в известность, что я (представляемый) госпитализирован (госпитализирована) в отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_Педиатрическое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указать название или профиль отделения)*

- Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого);

- Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении и обязуюсь их соблюдать;

- Добровольно даю свое согласие на опрос и осмотр меня (представляемого) (в том числе, сбор анамнеза, выявления жалоб), проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача, термометрии, тонометрии, пальпации, перкуссии, аскультации, риноскопии, фарингоскопии, непрямой ларингоскопии диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, анализа мочи общего, электрокардиографии; неинвазивных исследований органов зрения и зрительных функций, неинвазивных исследований органов слуха и слуховых функций, проведения рентгеновских (в том числе, флюорографии (для лиц старше 15 лет) и ренгенографии), ректальных, ультразвуковых и эндоскопических исследований и исследований функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы), антропометрических исследований, лабораторных исследований (в том числе, клинических, биохимических, бактериологических, вирусологических, иммунологических) и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных и внутримышечных вливаний, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур, а также: проведение суточного мониторивания артериального давления и электрокардиограммы, спирографии, пневмотахометрии, пикфлуометрии, рэоэнцефалографии, электроэнцефалографии. Кроме того, добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому) медицинского массажа и лечебной физкультуры. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;

- Мне разъяснено, что в ходе выполнения проводимых мне медицинских действий, может возникнуть необходимость выполнения других исследований и врачебных манипуляций, не указанных предыдущем абзаце. Я доверяю лечащему врачу принять соответствующие решение и выполнить иные действия, которые врач сочтет необходимыми для установки моего диагноза и определения тактики лечения;

- Я информирован (информирована) о целях и методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска медицинского вмешательства и врач дал мне понятные, исчерпывающие ответы. Я информирован (информирована) о характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;

- Я извещен (извещена) 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 лекарств;

- Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- Я уведомлен (уведомлена) о необходимости поставить в известность врача обо всех проблемах связанных со здоровьем, в том числе, об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я уведомлен (уведомлена) о необходимости сообщить правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

- Я \_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских и гуманитарных вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

- Я \_-\_\_\_\_ даю согласие на переливание донорской или ауто (собственной) крови и ее компонентов, а также плазмы по жизненным показаниям.

- Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам: \_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

- Разрешаю посещение в лечебном учреждении представляемого несовершеннолетнего или лица, признанного недееспособным, следующим гражданам:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_года.

Подпись пациента/ законного представителя:  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Расписался в моем присутствии:

Врач Давыдова Т.В. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ПРИМЕЧАНИЕ:**

Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений

Приложение № 2
к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации
от 20.12.2012 № 1177н

(в ред. Приказа Минздрава России
от 10.08.2015 № 549н)

Форма

**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**

Я,

(Ф.И.О. гражданина)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| “ |  | ” |  |  |  | г. рождения, зарегистрированный по адресу: |

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

 ОГАУЗ «Детская больница №1» .

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником

(должность, Ф.И.О. 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” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 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)

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф.И.О. медицинского работника) |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| “ |  | ” |  |  |  | г. |

(дата оформления)

Приложение №1

к Договору

от "\_\_"\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_

**АКТ**

**ПРИЕМА-ПЕРЕДАЧИ ОКАЗАННЫХ УСЛУГ**

г. Томск "\_\_\_" \_\_\_ 20\_\_г.

Областное государственное автономное учреждение здравоохранения «Детская больница №1», в лице представителя Марейчевой Анастасии Викторовны, действующего на основании Доверенности № 1809-2017 от 18.09.2017 года, именуемое в дальнейшем "Исполнитель", с одной стороны, и гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемого(ой) в дальнейшем "Заказчик", с другой стороны, в соответствии с Договором № \_\_ от "\_\_"\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ (далее - Договор) составили настоящий акт о нижеследующем:

1. В период с \_\_.\_\_.20\_\_ по \_\_.\_\_.20\_\_ Исполнителем оказаны, а Заказчиком приняты медицинские услуги в соответствии с Договором о предоставлении платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_.
2. Общая стоимость оказанных медицинских услуг составляет \_\_\_\_\_ руб.
3. Услуги оказаны Исполнителем в полном объеме, с надлежащим качеством.
4. Заказчик к качеству оказанных услуг претензий не имеет.
5. Настоящий акт составлен в двух экземплярах – по одному экземпляру для каждой из сторон договора.

ИСПОЛНИТЕЛЬ: ЗАКАЗЧИК:

ОГАУЗ «Детская больница № 1»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Марейчева А.В. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Приложение №1

к Договору

от "\_\_"\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_

**АКТ**

**ПРИЕМА-ПЕРЕДАЧИ ОКАЗАННЫХ УСЛУГ**

г. Томск "\_\_\_" \_\_\_ 20\_\_г.

Областное государственное автономное учреждение здравоохранения «Детская больница №1», в лице представителя Марейчевой Анастасии Викторовны, действующего на основании Доверенности № 1809-2017 от 18.09.2017 года, именуемое в дальнейшем "Исполнитель", с одной стороны, и гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемого(ой) в дальнейшем "Заказчик", с другой стороны, в соответствии с Договором № \_\_ от "\_\_"\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ (далее - Договор) составили настоящий акт о нижеследующем:

1. В период с \_\_.\_\_.20\_\_ по \_\_.\_\_.20\_\_ Исполнителем оказаны, а Заказчиком приняты медицинские услуги в соответствии с Договором о предоставлении платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_.
2. Общая стоимость оказанных медицинских услуг составляет \_\_\_\_\_ руб.
3. Услуги оказаны Исполнителем в полном объеме, с надлежащим качеством.
4. Заказчик к качеству оказанных услуг претензий не имеет.
5. Настоящий акт составлен в двух экземплярах – по одному экземпляру для каждой из сторон договора.

ИСПОЛНИТЕЛЬ: ЗАКАЗЧИК:

ОГАУЗ «Детская больница № 1»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Марейчева А.В. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 Приложение №2

к Договору о предоставлении платных медицинских услуг

№\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность в соответствие с лицензией № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_.201\_\_\_**

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), лабораторной диагностике, лечебной физкультуре, медицинскому массажу, операционному делу, рентгенологии, сестринскому делу в педиатрии, физиотерапии, функциональной диагностике. Первичная врачебная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях по: педиатрии. Первичная специализированная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях по: гастроэнтерологии, детской кардиологии, детской хирургии, детской эндокринологии, инфекционным болезням, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, лечебной физкультуре и спортивной медицине, неврологии, нефрологии, оториналарингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, психиатрии, пульмонологии, рентгенологии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, эпидемиологии. Специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь: специализированная медицинская помощь в стационарных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, бактериологии, гастроэнтерологии, детской эндокринологии, диабетологии, диетологии, инфекционным болезням, клинической лабораторной диагностике, лабораторной диагностике, лечебной физкультуре, лечебной физкультуре и спортивной медицине, медицинскому массажу, неврологии, неонатологии, нефрологии, педиатрии, рентгенологии, рефлексотерапии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, физиотерапии, функциональной диагностике, эндоскопии. Медицинские осмотры профилактические. при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: гастроэнтерологии; детской эндокринологии; диабетологии; неврологии; нефрологии; При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: гастроэнтерологии; детской эндокринологии; диабетологии; неврологии; нефрологии; педиатрии; сестринскому делу в педиатрии.