

Приложение 1
к договору на оказание платных
медицинских услуг

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг

г. Краснодар " " 20__ г.

Я, _____ (Ф.И.О. гражданина)
« » г. рождения, зарегистрированный по
адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)
являющийся Пациентом, в рамках договора на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от « » г., желаю получить платные медицинские услуги
в ГБУЗ «Краевая больница № 3» (далее по тексту – Исполнитель), при этом мне
разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от работников Исполнителя полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг в ГБУЗ «Краевая больница № 3», в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание платных медицинских услуг и готов (а) их оплатить.
2. Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг, в то время как я рассмотрел(а) различные варианты получения медицинских услуг, и то, что мне могут оказать аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе.
3. Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг и проведение мне диагностических процедур: получения проб биологического материала для лабораторных исследований, инструментальных исследований, осмотра врача, о целях, характере и возможных неблагоприятных эффектах диагностических процедур, а также о том, что предстоит мне делать до и во время процедур на платной основе.
4. Я получил (а) исчерпывающую информацию по поводу диагноза, об особенностях течения заболевания, о длительности лечения, об исходах лечения, о прогнозе заболевания, об обстоятельствах, ухудшающих прогноз заболевания, о предложенном плане лечения и с правилами лечебно-охранительного режима и обязуюсь их соблюдать.
5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен (а) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей (специалистов) Исполнителя, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.
6. Виды выбранных мною медицинских услуг согласованы с лечащим врачом (специалистом), и я даю свое согласие на проведение мне диагностических и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний и других процедур.
7. Я получил (а) информацию о других сопоставимых по медицинской эффективности методах лечения и возможности получения медицинской помощи.
8. Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мной и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а так же об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.
9. Я согласен (а) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказан с соблюдением всех необходимых требований, Исполнитель не несет ответственности за их возникновение.
10. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.
11. Я ознакомлен (а) с действующим прейскурантом и согласен (а) оплатить стоимость оказанных медицинских услуг в соответствии с ним.
12. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с лечащим врачом (специалистом), и я даю свое согласие на их оплату.
13. Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.
14. Не возражаю против записи медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием – исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны. Настоящее информированное согласие подписано мною после проведения предварительной беседы об оказании платных медицинских услуг.

_____ подпись врача

_____ подпись пациента

" " 20__ г.

ФОРМА

**СМЕТА на предоставление платных медицинских услуг к договору на оказание платных
медицинских услуг № _____ от _____**

Исполнитель: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая больница № 3» г. Краснодар;

Пациент (Заказчик) _____
(Ф.И.О.(полностью))

№	Наименование услуги	Сумма (в рублях)
1	2	3
1.		
2.		
3.		
	ИТОГО:	

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая больница №3» министерства здравоохранения Краснодарского края
Адрес: 350007, г.Краснодар, ул.Захарова 59
ОГРН 1032304930525 от 24.01.2003г.
Орган, зар. ЮЛ.: Регистрационная палата администрации г.Краснодара, дата регистрации 23.05.1996г.
ИНН: 2309047657
КПП: 230901001
л/с: 828511880
р/с: 40601810900003000001 в Южный ГУ БАНКА РОССИИ г. Краснодар
БИК: 040349001
Телефон/факс: 268-79-47
(ординаторская)

ЗАКАЗЧИК:

Пациент:
Паспорт:
Адрес:
Телефон:

Подпись

Бухгалтер по финансовому учету _____
Чесебиева З. А

УВЕДОМЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)
О ЕГО ПРАВАХ И ОБЯЗАННОСТЯХ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В
ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Уважаемый пациент!

В соответствии с нормами Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее - Закон) Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая больница №3» министерства здравоохранения Краснодарского края (далее – ГБУЗ «Краевая больница №3»), в лице директора, подтверждает гарантию сохранения конфиденциальных сведений, составляющих врачебную тайну о _____

(фамилия, имя, отчество пациента)

и информирует о том, что при обращении за медицинской помощью и ее оказании в ГБУЗ «Краевая больница №3» пациент имеет право на: уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала; выбор врача, с учетом его согласия; обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям; облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными и разрешенными способами и средствами; информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии со статьей 20 Закона; отказ от медицинского вмешательства в соответствии со статьей 20 Закона; получение информации о состоянии своего здоровья в доступной форме от лечащего врача, заведующего отделением или другого специалиста, принимающего непосредственное участие в обследовании и лечении в соответствии со статьей 22 Закона; на отказ от получения указанной информации против своей воли; допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав, допуск к нему священнослужителя (в условиях стационара); сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, в соответствии со статьей 18 Закона; а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.

Пациент обязуется соблюдать правила внутреннего распорядка организации, лечебно-охранительный режим, а также в целях получения лучших результатов не скрывать и представить лечащему врачу достоверную и полную информацию о состоянии своего здоровья: об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных средств, о всех перенесенных ранее и имеющихся в настоящее время заболеваниях, принимаемых лекарственных препаратах, сообщать правдивые сведения о своей наследственности, о злоупотреблении алкоголем, наркотическими средствами, психотропными или токсическими веществами, об одновременном лечении у других специалистов и выполнении их рекомендаций.

В случае нарушения указанных прав, пациент может обращаться с жалобой непосредственно к директору ГБУЗ «Краевая больница №3», в соответствующие профессиональные медицинские организации, либо в суд.

Пациент подтверждает, что за причиненный им материальный ущерб любому виду имущества ГБУЗ «Краевая больница №3» (уничтожение, порча, повреждение и т.д.), им будет произведено возмещение причиненных убытков в виде расходов, которые ГБУЗ «Краевая больница №3» произвело или должно будет произвести на приобретение, восстановление или ремонт данного имущества.

Я, _____, своей подписью удостоверяю, что текст мною прочитан, с правилами внутреннего распорядка организации я ознакомлен, мне понятно содержание и назначение данного документа. Данной подписью я также даю согласие на присутствие студентов, клинических ординаторов, интернов ГБОУ ВПО КГМУ, врачей, проходящих повышение квалификации на факультет повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ГБОУ ВПО КГМУ, в операционных и перевязочных во время проведения мне хирургических операций и лечебных манипуляций, а также на их присутствие во время проведения консультативного приема. Получив полную информацию о своих правах и обязанностях, даю свое согласие на предоставление медицинским учреждением сведений о фактах моего обращения за медицинской помощью, о состоянии моего здоровья, диагнозе, в том числе через справочный стол.

_____ 2018 г. _____ / _____ /
Подпись пациента (законного представителя) Расшифровка подписи

Паспорт: _____
наименование и реквизиты документа, подтверждающего право
представлять интересы пациента

Если пациент, по каким-либо причинам, не может собственноручно подписать данный документ, настоящий документ заверяется двумя подписями сотрудников организации:

_____ 2018 г. _____ / _____ /
Подпись Расшифровка подписи

_____ 2018 г. _____ / _____ /

СОГЛАСИЕ
пациента на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся(-ая) _____

(Ф.И.О. полностью)

В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27. 07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая больница №3» министерства здравоохранения Краснодарского края (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: в том числе - фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, национальность, адрес, семейное, социальное, имущественное положение, образование, профессия, состояние здоровья, контактные телефон(ы), 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 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.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), обновление, изменение, использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение. 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) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями Краснодарского края и Краснодарским территориальным фондом ОМС и другие органы власти и организации осуществляющие контроль качества оказания мне медицинских услуг с использованием машинных носителей, бумажных носителей информации или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет не более двадцати пяти лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, за исключением, если иное не предусмотрено действующим законодательством РФ.

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

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

Данные об операторе персональных данных:

Наименование организации _____

Адрес оператора _____

Ответственный за обработку персональных данных _____

Настоящее согласие дано мной _____

Адрес: _____

Паспортные данные: _____

_____ 2018 г.

Приложение 5
к договору на оказание платных
медицинских услуг

Информированное добровольное согласие пациента на виды
медицинских вмешательств

и

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. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - 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, 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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 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 6
к договору на оказание платных
медицинских услуг

Отказ от видов медицинских вмешательств

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

"__" _____ г. рождения,
зарегистрированный по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина либо
законного представителя)

при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в

_____ (полное наименование медицинской организации)
отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных 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. N 390н (зарегистрирован Министерством
юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - виды
медицинских вмешательств):

_____ (наименование вида медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от
вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность
развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при
возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов
медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я
имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид
(такие виды) медицинского вмешательства.

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О. медицинского работника)

"__" _____ г.
(дата оформления)

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на проведение интервенционной терапии

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина или его законного представителя.

Данное информированное добровольное согласие пациента (законного представителя пациента) на проведение интервенционной терапии в области

_____ (указывается область введения)

с использованием препарата(ов)

_____ (указывается препарат и его доза)

является приложением к медицинской карте пациента _____

_____ (указывается ФИО пациента и, при необходимости, ФИО законного представителя)

Абсолютное отсутствие риска развития осложнений не гарантировано. Любые манипуляции и воздействия при неблагоприятном стечении обстоятельств могут привести к нежелательным последствиям, вплоть до угрозы жизни пациента.

При проведении локальной лекарственной терапии, возможно возникновение следующих осложнений или дискомфорта:

- аллергические реакции на лекарственные препараты (*не часто*);
- зуд, боль, покраснение, кровоподтек, уплотнение в месте инъекции (*не часто*);
- инфицирование, некроз в области инъекции (*очень редко*);
- реакции на введение глюкокортикоидных препаратов:
 - кратковременное покраснение лица, сердцебиение, повышение артериального давления и уровня глюкозы (*не часто*);
 - синдром гиперкортицизма (возможно при применении чаще, чем раз в месяц) (*редко*);
 - при введении в сухожилие: атрофия и разрыв сухожилия (*очень редко*);
 - при подкожном введении кальцификация, атрофия или некроз жировой ткани (*очень редко*);
 - при введении в нерв возможна атрофия нерва (*очень редко*);
 - у женщин: дисменоррея (*не часто*), маточное кровотечение (*очень редко*);
- при использовании ботулинического токсина типа А (БТА), возможно возникновение следующих осложнений или побочных реакций:
 - локальные реакции: болезненность; локальное кровоизлияние (синяк); припухлость области укола. (*не часто*)
- общие побочные реакции (*очень редко*): аллергическая реакция на введение препарата, слабость в нескольких группах мышц (генерализованная, туловище, конечности), другие нарушения тонуса (гипертония/дистония), нарушения глотания, нарушения речи, судороги, нарушения мочеиспускания, косоглазие, повышенная потливость, нарушения сна, летаргия, повышенное слюноотечение, гриппоподобный синдром.
- и иные осложнения, в том числе связанные с индивидуальными особенностями организма.

Я, _____

(фамилия, имя, отчество пациента полностью)

года рождения, находясь на обследовании (лечении) у врача _____

подтверждаю следующее:

Во время консультации Я поставил (поставила) 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, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов, о наследственности, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания и данной процедуре его лечения, а также цель, характер, ход и объем планируемого лечебно-диагностического вмешательства, возможные последствия и альтернативные методы лечения, связанные с ними риски, а также предполагаемые результаты данной процедуры и рекомендации после ее проведения.

Я уполномочиваю врачей выполнить любое дополнительное медицинское вмешательство, которое может понадобиться в целях лечения, а так же в связи с возникшими непредвиденными ситуациями.

Я утверждаю, что все интересующие меня вопросы мною заданы, все полученные ответы и разъяснения врачей мною поняты и осознаны и что я имел(а) достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенный мне план обследования и лечения.

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения поняты и меня устраивают.

Я извещен(а) о том, что в случае появления ощущения дискомфорта, боли, иных проблем или вопросов, необходимо сразу же обратиться к лечащему врачу, используя все доступные средства связи.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно, пользуясь своим правом, предусмотренным ст. 20 ФЗ РФ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» даю свое согласие на **проведение интервенционной терапии.**

Пациент (законный представитель) _____
(фамилия, имя, отчество законного представителя, паспортные данные законного представителя / реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы пациента)

Врач _____

(Фамилия И.О., подпись лечащего врача и врача, производящего вмешательство, печать)

Дата: ____ . ____ . ____