

**ИНСТРУКЦИЯ**  
**по порядку заключения договора на оказание платных медицинских**  
**услуг в государственном автономном учреждении здравоохранения**  
**«Городская клиническая поликлиника №8»**

1. Настоящая Инструкция разработана во исполнение Постановления Правительства РФ от 04.10.2012 №1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг".

2. Настоящая Инструкция обязательна для исполнения всеми должностными лицами, участвующими в процедуре заключения договоров на оказание медицинских услуг в ГАУЗ «Городская клиническая поликлиника №8» (далее - Организация).

3. Основным условием заключения договора на оказание медицинских услуг является:

3.1. информирование потребителей (заказчиков) 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;

3.2. информирование потребителей (заказчиков) о наименовании юридического лица, адресе места нахождения юридического лица, данных документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию, сведениях о лицензии на осуществление медицинской деятельности (номер и дата регистрации, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа), перечне платных медицинских услуг с указанием цен в рублях, сведениях об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты, сведениях о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, режиме работы медицинской организации, графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, адресах и телефонах органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. (Вышеуказанная информация в доступной форме размещена на общедоступных стендах, расположенных на территории Организации, на сайте, а также в информационных материалах, находящихся в регистратуре Организации);

3.3. информирование потребителя (заказчика) о правах пациента, предоставленных ему в соответствии с федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ, законом РФ «О защите прав потребителей» №2300-1 от 07.02.1992";

3.4. уведомление потребителя (заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

Результатом информирования, уведомления потребителя (заказчика) является подписание потребителем (заказчиком) Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

3.5. Ознакомление потребителя (заказчика) с требованиями ст.9 федерального закона от 27.07.2006г. «О персональных данных» №152-ФЗ и по результатам ознакомления получение письменного согласия потребителя (заказчика) на обработку персональных данных.

3.6. Предъявление потребителем (заказчиком) паспорта или иного документа, удостоверяющего личность, для законного представителя предъявление документов, удостоверяющих права данного лица, как законного представителя.

Для заключения договора необходимо предоставление следующих сведений:

- фамилия, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон заказчика
- физического лица.

4. Договор на оказание медицинских услуг может заключаться в отношении следующих категорий физических лиц:

Совершеннолетних, дееспособных граждан:

4.1. В случае обращения за оказанием медицинской помощи совершеннолетнего гражданина, т.е. гражданина, достигшего 18 летнего возраста в преамбуле в графе «Заказчик» указывается фамилия, имя, отчество данного гражданина, в графе «действующего от имени и в интересах \_\_\_\_\_ (в дальнейшем именуемый «Потребитель»)), делается отметка «самого себя». В разделе «Реквизиты и подписи сторон» указываются паспортные данные гражданина. Ставится подпись гражданина.

4.2. Во всех перечисленных случаях возможно заключение договора на оказание медицинских услуг с оплатой третьими лицами. Возможно заключение данных договоров в случае оплаты родителями медицинских услуг пациентам, достигшим 18-летнего возраста - учащимся/студентам, но не имеющим самостоятельных доходов, в случае оплаты медицинских услуг престарелым родителям и т.д. при желании клиента.

В данном случае, договоры заключаются по вышеуказанным правилам, но в преамбуле в графе «Заказчик» указывается фамилия, имя и отчество совершеннолетнего гражданина, намеревающегося заключить договор и оплатить услуги, в графе «действующего от имени и в интересах (в дальнейшем именуемый «Потребитель»))» указывается лицо, в отношении которого заключается договор, в разделе «Реквизиты и подписи сторон» в разделе «Заказчик» указываются данные и ставится подпись заказчика, в разделе «Потребитель» указываются данные и ставится подпись лица в отношении, которого заключается договор.

5. В случае, если физическое лицо намеревается получить единичную услугу - первичный прием (осмотр, консультация) любого врача-специалиста, с данным физическим лицом заключается договор по типовой форме на оказание услуг при лечении по утвержденной форме. При необходимости оказания в рамках данного приема дополнительных услуг, врач-специалист предварительно согласовывает с Потребителем, а в случае, если Заказчик и Потребитель не совпадают, то и с Заказчиком, и с Потребителем необходимость оказания дополнительной услуги и ее цену и при условии получения письменного согласия, оказывают услугу.

Во всех остальных случаях с физическим лицом заключается договор по типовой форме на оказание единичной услуги по утвержденной форме.

6. Возможно заключение договора долгосрочного с физическим лицом в отношении него и членов его семьи. В данном случае обязательно соблюдение требований, изложенных в пункте 3 настоящей инструкции, о предварительном получении информированных согласий всех членов семьи.

7. Договор составляется по количеству участников договора.

Приложение 2

к Положению о порядке и условиях  
предоставления платных  
медицинских услуг в ГАУЗ «ГКП №8»

**Информированное добровольное согласие  
на оказание платных, медицинских услуг (образец.)**

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Я, заказчик, потребитель, пациент \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ карта пациента № \_\_\_\_\_ в рамках договора на оказание  
платных медицинских услуг желаю получить платные медицинские услуги в государственном  
автономном учреждении здравоохранения «Городская клиническая поликлиника №8 г. Челябинск»  
(далее - Учреждение), при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

Я, получив от сотрудников полную информацию о возможности и условиях  
предоставления мне бесплатных медицинских услуг в т.ч. в рамках программ получения  
бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг  
и готов их оплатить. Я ознакомлен с положением об организации платных услуг в Учреждении.

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

Мне разъяснено, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского  
работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима  
лечения, могут снизить качество предоставляемой мне платной медицинской услуги, по-  
влекать за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего  
здоровья.

Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны  
дополнительные медицинские услуги, которые я хочу получить в Учреждении и согласен(на)  
оплатить лечение.

Я ознакомлен с действующим прейскурантом (тарифами) и согласен оплатить стоимость  
медицинской услуги в соответствии с ним. Виды выбранных мною платных медицинских услуг  
согласованы с врачом, и я даю свое согласие на их оплату в кассу Учреждения.

Я проинформирован, что по поводу имеющегося у меня заболевания, иных проблем со  
здоровьем могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю  
свое согласие на получение желаемых медицинских услуг в Учреждении.

Настоящее согласие мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных  
мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Пациент (Заказчик):

\_\_\_\_\_

Паспорт: Серия \_\_\_\_\_, № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие  
на медицинское вмешательство (образец.)**

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Я, заказчик, потребитель, пациент \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ карта пациента № \_\_\_\_\_ в рамках договора на оказание платных медицинских услуг желаю получить платные медицинские услуги в государственном автономном учреждении здравоохранения «Городская клиническая поликлиника №8 г. Челябинск» (далее - Учреждение), на основании ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» добровольное согласие на медицинское вмешательство в форме \_\_\_\_\_ (вариант медицинского вмешательства).

Мне разъяснено, и я осознаю, что во время медицинского вмешательства могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен(на) на то, что ход медицинского вмешательства может быть изменен врачами по их усмотрению.

Я предупрежден(а) о факторах риска и понимаю, что медицинское вмешательство сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

Я предупрежден(а), что в ряде случаев могут потребоваться повторные медицинские вмешательства, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это.

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 мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов.

Сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я знаю, что во время медицинского вмешательства возможна потеря крови и \_\_\_\_\_ даю свое согласие на переливание донорской или ауто (собственной) крови и ее компонентов.

Я согласен(на) на запись хода медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства, в т.ч. переливаний донорской или ауто (собственной) крови и/или ее компонентов, и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

Дополнительная информация: \_\_\_\_\_

Пациент (законный представитель): \_\_\_\_\_

Паспорт: Серия \_\_\_\_\_, № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии:

Врач \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О.)

Приложение 3

к Положению о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг в ГАУЗ «ГКП №8»

**Уведомление пациента о несоблюдении назначенных (рекомендаций) врача при оказании платных, медицинских услуг (образец)**

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

Я, заказчик, потребитель, пациент \_\_\_\_\_, карта пациента № \_\_\_\_\_, в рамках договора на оказание платных медицинских услуг изъявил желание получить платные медицинские услуги в государственном автономном учреждении здравоохранения «Городская клиническая поликлиника №8 г. Челябинск» (далее - Учреждение), при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Мне разъяснено, и я осознал(а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат и что при медицинском вмешательстве и после него, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения.

2. Мне разъяснено, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой мне платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

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

4. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.

5. Настоящее уведомление мною прочитано, я в полном объеме проинформирован и осознаю последствия несоблюдения мною назначений (рекомендаций) врача.

Пациент (Заказчик):

\_\_\_\_\_  
Паспорт: Серия \_\_\_\_\_, № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

**Согласие на обработку персональных данных (образец)**

Я, нижеподписавшийся(ая), проживающий(ая) по адресу \_\_\_\_\_, паспорт № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_ (дата, наименование выдавшего органа) \_\_\_\_\_.

В соответствии с требованиями ст.9 Федерального закона от 27.07.06 г. №152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие ГАУЗ ГКП №8 (далее - Оператор) на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные о полисе обязательного медицинского страхования, страховой номер индивидуального лицевого счета Пенсионного фонда РФ (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Предоставляю Оператору осуществлять все действия с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, обезличивание, использование, блокирование, уничтожение.

В процессе оказания мне Оператором медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения. Оператор имеет право во исполнение своих обязанностей по работе в системе обязательного медицинского страхования на обмен (прием и передачу) моих персональных данных со страховой медицинской организацией и Территориальным фондом обязательного медицинского страхования с использованием цифровых носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранить профессиональную тайну.

Настоящее соглашение дано мной и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать мое согласие, которое может быть направлено в письменном виде в адрес Оператора.

Подпись субъекта персональных данных (с расшифровкой): \_\_\_\_\_

Дата: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Приложение 4  
к Положению о порядке и условиях  
предоставления платных  
медицинских услуг в ГАУЗ «ГКП №8»

Журнал  
учета оказанных медицинских услуг за \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(месяц)

Наименование отделения \_\_\_\_\_

Дата оказания услуги	Наименование услуги	Ф.И.О. больного	Год рожд.	Дом, адрес больного (по паспорту)	Ф.И.О. лечащего врача	Стоимость услуг по Прейскуранту, руб.
<b>Итого:</b>						

Приложение 5  
к Положению о порядке и условиях  
предоставления платных  
медицинских услуг в ГАУЗ «ГКП №8»

СВОДНЫЙ ОТЧЕТ  
отделения \_\_\_\_\_

по платным услугам за \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Наименование услуги	Ф.И.О. больного	Дата оказания услуги	Количество услуг	Ф.И.О. лечащего врача	Стоимость услуг по Прейскуранту, руб.
<b>Итого:</b>					



Приложение 7

к Положению о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг в ГАУЗ «ГКП №8»

ВЫПИСКА ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ

Амб. - поликли. отделение \_\_\_\_\_ Ф.И.О. больного \_\_\_\_\_  
 Домашний адрес (по паспорту) \_\_\_\_\_  
 Дата: обращения \_\_\_\_\_ окончания лечения \_\_\_\_\_  
 Диагноз \_\_\_\_\_

Содержание услуг	количество	Цена за 1 ед. Руб.	Сумма к оплате, руб.
- Посещения врача - специалиста:			
первичный прием			
повторный прием			
первичный прием			
повторный прием			
первичный прием			
Итого:			
Кроме того:			
Физиотерапия (процедуры)			
Компьютерная томография (ед.)			
Рентгенодиагностика (количество снимков)			
Рентгенотерапия (количество сеансов)			
Рдиоизотопное обследование (ед.)			
Лабораторные исследования (ед.)			
Эндоскопические обследования (ед.)			
УЗИ- диагностика (ед.)			
Функциональная диагностика (ед.)			
Занятия в ЛФК (сеансов)			
Инъекции в процедурном кабинете (вкл. одноразовые шприцы, но без стоимости лек.преп.			
-вн/мыш. (ед.)			
-вн/вен.(ед.)			
-подкожн.(ед.)			
-забор крови из вены (ед.)			
Индивидуальный консилиум (по желанию пациента)			
Лекарственные препараты (не вкл. стоимость лекарственных препаратов пациента):			
Итого:			
<b>Всего стоимость лечения:</b>			

Ведущий врач-специалист: \_\_\_\_\_

Дата заполнения: \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

## ВЫПИСКА ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Отделение \_\_\_\_\_  
 Ф.И.О. больного \_\_\_\_\_  
 Домашний адрес (по паспорту) \_\_\_\_\_  
 Дата: поступления \_\_\_\_\_ выписки \_\_\_\_\_  
 Пала а (вид, номер) \_\_\_\_\_  
 Лечащий врач (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_  
 Диагноз \_\_\_\_\_

Содержание услуг			количество	Цапа за 1 ед. ,руб.	Сумма к оплате, руб.
<b>Пребывание в отделении (к/дней)</b>					
<b>Осмотр (консультация) врачей- специалистов</b>					
Специальность	Ф.И.О.	Категория, уч.степень			
Итого стоимость осмотра (консультаций):					
<b>Хирургическая операция:</b>					
Название операции:					
<b>Анестезия:</b>					
<b>Стоимость медикаментов и предметов медицинско-го назначения (не втш. стоимость медикаментов пациента):</b>					
Итого стоимость медикаментов:					
<b>Лечебно-диагностические мероприятия:</b>					
Физиотерапия (процедуры)					
Компьютерная томография (ед.)					
Рентгенодиагностика (количество снимков)					
Рентгентерапия (количество сеансов)					
Радиоизотопное обследование (ед.)					
Лабораторные исследования (ед.)					
Эндоскопические обследования (ед.)					
УЗИ- диагностика (ед.)					

Функциональная диагностика (ед.)				
Занятия в ЛФК (сеансов)				
Инъекции в процедурном кабинете (вкл. одноразовые шприцы, но без стоимости лек. преп.)				
-вн/мыш. (ед.)				
-вн/вен (ед.)				
<b>Питание:</b>				
Индивидуальное (к/дн)				
Общее (к/дн)				
Итого стоимость питания				
<b>Стоимость затрат по оказанию услуг приемного отделения:</b>				
<b>Всего стоимость лечения:</b>				

Лечащий врач отд. \_\_\_\_\_

(подпись, расшифровка подписи)

Экономист ПЭО \_\_\_\_\_

(подпись, расшифровка подписи)

Пациент \_\_\_\_\_

(подпись, расшифровка подписи)

Дата .....20 г.