

П Р И К А З
п.84

От 12.01.2015г..

№ 1-0

**«Об организации оказания платных
медицинских услуг и услуг
медицинского сервиса
в ОБУЗ Лежневская ЦРБ»**

В соответствии с постановлением Правительства РФ от 04.10.2012г. года №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», приказом Департамента здравоохранения Ивановской области №229 от 20.09.2013г. « О предоставлении платных медицинских услуг и услуг медицинского сервиса государственными учреждениями здравоохранения Ивановской области»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Организовать в ОБУЗ Лежневская ЦРБ оказание платных медицинских услуг согласно Перечню платных медицинских услуг и услуг медицинского сервиса, предоставляемых в ОБУЗ Лежневская центральная районная больница.
2. Назначить лицом, ответственным за оказание платных медицинских услуг в ОБУЗ Лежневская ЦРБ Торопову Е.В., заместителя главного врача по лечебной работе.
3. Назначить ответственной за расчет тарифов на платные медицинские услуги, составление прейскуранта цен, расчет оплаты сотрудникам больницы за оказанные платные услуги, учет оказываемых платных услуг, получение наличных денежных средств за оказание услуг в соответствии с прейскурантом цен, оформление договоров с физическими лицами на оказание услуг Калинину Т.С., бухгалтера ОБУЗ Лежневская ЦРБ, а на период ее отсутствия (отпуск, болезнь и т.д.) исполнение ее обязанностей возлагается на лицо, ее замещающее.
4. Назначить ответственных за составление графика и табеля учета рабочего времени работников, занятых оказанием платных медицинских услуг: старшую медицинскую сестру поликлиники Юркевич И.Н., старшую мед. сестру детской поликлиники Лаптеву И.И., лаборанта Грехову В.А., расчетного бухгалтера Соколову А.Н.. На период их отсутствия исполнение их обязанностей возлагается на лиц, их заменяющих.
5. Назначить ответственным за информирование населения об оказании платных услуг зам.главного врача по лечебной работе Торопову Е.В.
6. Утвердить:
 - прейскурант цен на платные медицинские услуги по экспертизе в здравоохранении (приложение №1).
 - прейскурант цен на платные медицинские услуги по стоматологии ортопедической (приложение №2).
 - порядок обращения пациентов при предоставлении платных услуг ОБУЗ Лежневская ЦРБ (приложение №3).
 - Порядок финансовых расчетов (приложение №4).
 - форму договора возмездного оказания медицинских услуг (приложение №5).
 - форму информированного добровольного согласия пациента (приложение №6).
 - перечень платных медицинских услуг, оказываемых в ОБУЗ Лежневская ЦРБ (приложение № 7).
8. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач

Васильева Т.С.

Порядок обращения пациентов при предоставлении платных услуг и услуг медицинского сервиса в ОБУЗ Лежневская ЦРБ.

1. Прохождение медицинских осмотров (предварительных, периодических) с экспертизой профессиональной пригодности.

1.1. Информация об ОБУЗ Лежневская ЦРБ и предоставляемых им платных медицинских услуг пациент получает при обращении:

- в поликлинику ОБУЗ Лежневская ЦРБ, адрес нахождения: 155120, Ивановская область, п. Лежнево, ул. Советская, д. 13;
- бухгалтерию ОБУЗ Лежневская ЦРБ, адрес нахождения: 155120, Ивановская область, п. Лежнево, ул. 1-я Красноармейская, д. 19;
- на сайте ОБУЗ Лежневская ЦРБ в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

1.2. Оплата услуг осуществляется Потребителем (Заказчиком) в порядке 100% предоплаты в кассе ОБУЗ Лежневская ЦРБ, адрес нахождения: 155120, Ивановская область, п. Лежнево, ул. 1-я Красноармейская, д. 19.

- Между пациентом (Потребителем услуг) или Работодателем (Заказчиком) и ОБУЗ Лежневская центральная районная больница заключается договор возмездного оказания услуг, в котором регламентируются условия и сроки их получения, порядок расчетов, права, обязанности, ответственность сторон, порядок разрешения споров и разногласий в соответствии с формой приложения №6.
- Договор оформляется в двух экземплярах: один остается у Потребителя, второй предоставляется в регистратуру поликлиники ОБУЗ Лежневская ЦРБ.
- Договор оформляется в кассе ОБУЗ Лежневская ЦРБ, режим работы которой: с 08.00. до 16.00. ежедневно, кроме субботы и воскресения.

1.3. Платные услуги оказываются в поликлинике ОБУЗ Лежневская ЦРБ, адрес нахождения: 155120, Ивановская область, п. Лежнево, ул. Советская, д. 13.

Время предоставления платных медицинских услуг:
понедельник, среда, пятница с 14.00. до 15.00.

1.4. Потребитель обращается в регистратуру поликлиники ОБУЗ Лежневская ЦРБ, запись на получение платных медицинских услуг проводится в дни предоставления услуг с 13.00 до 15.00. при предоставлении:

- договора на возмездное оказание услуг,
- квитанции об оплате,
- данных флюорографии, маммографии (для женщин старше 40 лет),
- заключения психиатрической комиссии,
- заключения врача-нарколога,
- паспорта,
- направления от работодателя, оформленного в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ №302-н от 12.04.2011г.

- В регистратуре на пациента оформляется медицинская карта амбулаторного больного (учетная форма 025/у), талон амбулаторного пациента, добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство, согласие на обработку персональных данных.
- Ответственными за оформление, хранение, состояние амбулаторных карт являются медицинские регистраторы.

- Пациенту в регистратуре даются направления на лабораторные исследования, которые проводятся в лаборатории ОБУЗ Лежневская ЦРБ, адрес нахождения:155120, Ивановская область, п. Лежнево, ул.1-я Красноармейская, д.19 с 07.30. до 10.00. ежедневно, кроме субботы и воскресения.

1.5.Врачи-специалисты по результатам осмотра вносят данные в медицинскую карту амбулаторного больного, медицинскую книжку (по необходимости).

1.6. Решение о годности пациента к работам выносит врачебная комиссия, возглавляемая врачом-профпатологом.

1.7. После исполнения медицинской услуги Потребителю выдается медицинское заключение о результатах медицинского осмотра, паспорт здоровья работника(при необходимости).

2. Медицинское освидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством.

2.1. Информация об ОБУЗ Лежневская ЦРБ и предоставляемых им платных медицинских услуг пациент получает при обращении:

- в поликлинику ОБУЗ Лежневская ЦРБ, адрес нахождения:155120, Ивановская область, п.Лежнево, ул.Советская, д.13;
- бухгалтерию ОБУЗ Лежневская ЦРБ, адрес нахождения:155120, Ивановская область, п. Лежнево, ул.1-я Красноармейская, д.19;
- на сайте ОБУЗ Лежневская ЦРБ в информационно-телекоммуникационной сети « Интернет».

2.2. Оплата услуг осуществляется Потребителем (Заказчиком) в порядке 100% предоплаты в кассе ОБУЗ Лежневская ЦРБ, адрес нахождения:155120, Ивановская область, п. Лежнево, ул.1-я Красноармейская, д.19.

- Между пациентом (Потребителем услуг) или Работодателем (Заказчиком) и ОБУЗ Лежневская центральная районная больница заключается договор возмездного оказания услуг, в котором регламентируются условия и сроки их получения, порядок расчетов, права, обязанности, ответственность сторон, порядок разрешения споров и разногласий в соответствии с формой приложения №6.
- Договор оформляется в двух экземплярах: один остается у Потребителя, второй предоставляется в регистратуру поликлиники ОБУЗ Лежневская ЦРБ.
- Договор оформляется в кассе ОБУЗ Лежневская ЦРБ, режим работы которой: с 08.00. до 16.00. ежедневно, кроме субботы и воскресения.

2.3.Платные услуги оказываются в поликлинике ОБУЗ Лежневская ЦРБ, адрес нахождения: 155120, Ивановская область, п. Лежнево, ул. Советская, д.13.

Время предоставления платных медицинских услуг:
понедельник, среда, пятница с 14.00. до 15.00.

2.4. Потребитель обращается в регистратуру поликлиники ОБУЗ Лежневская ЦРБ, запись на получение платных медицинских услуг проводится в дни предоставления услуг с 13.00 до 15.00. при предоставлении:

- договора на возмездное оказание услуг,
- квитанции об оплате,
- медицинской справки о допуске к управлению транспортным средством,
- данных флюорографии, маммографии (для женщин старше 40 лет),
- заключения психиатрической комиссии,
- заключения врача-нарколога,
- паспорта.

- В регистратуре на пациента оформляется медицинская карта амбулаторного больного (учетная форма 025/у), талон амбулаторного пациента, добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство, согласие на обработку персональных данных, направления на лабораторные и функциональные исследования.
- Ответственными за оформление, хранение, состояние амбулаторных карт являются медицинские регистраторы.

2.5. Врачи-специалисты по результатам осмотра вносят данные в медицинскую карту амбулаторного больного.

2.6. Решение о годности пациента к работам выносит врач профпатолог.

2.7. После исполнения медицинской услуги Потребителю выдается медицинское заключение о допуске к управлению транспортным средством, паспорт здоровья работника (при необходимости).

3. Стоматология ортопедическая.

3.1. Платные медицинские услуги оказываются в стоматологическом кабинете детской консультации, по адресу: 155120, Ивановская область, п. Лежнево, ул. 1-я Красноармейская, д. 19., ежедневно, кроме субботы и воскресения с 13.00. до 15.00.

3.2. Потребитель обращается в кабинет, где врач определяет объем и перечень медицинских услуг, заводит амбулаторную карту стоматологического больного.

3.3. Оплата услуг осуществляется Потребителем в порядке 100% предоплаты в кассу ОБУЗ Лежневская ЦРБ, по адресу: 155120, Ивановская область, п. Лежнево, ул. 1-я Красноармейская, д. 19.

- Между пациентом (Потребителем услуг) и ОБУЗ Лежневская центральная районная больница заключается договор возмездного оказания услуг, в котором регламентируются условия и сроки их получения, порядок расчетов, права, обязанности, ответственность сторон, порядок разрешения споров и разногласий в соответствии с формой приложения №6.
- Договор оформляется в двух экземплярах: один остается у Потребителя, второй предоставляется в стоматологический кабинет.
- Касса работает с 08.00. до 16.00. ежедневно, кроме субботы и воскресения.

3.4. Потребитель предоставляет в стоматологический кабинет квитанцию об оплате и договор на оказание возмездных услуг.

3.5. Срок предоставления медицинской услуги 15 дней с момента обращения к врачу.

4. Прохождение пред- и послерейсовых медицинских осмотров.

4.1. Услуга оказывается в подразделении скорой медицинской помощи ОБУЗ Лежневская ЦРБ, по адресу: 155120, Ивановская область, п. Лежнево, ул. 1-я Красноармейская, д. 19., ежедневно с 06.00. до 21.00.

4.2. Работодатель (Заказчик) заключает договор с ОБУЗ Лежневская ЦРБ на оказание возмездных услуг. Списки работников передаются в подразделение скорой медицинской помощи.

4.3. Водитель (Потребитель) перед прохождением медицинского осмотра предъявляет путевку.

4.4. После предоставления услуги Потребителю возвращается путевка с отметкой «Прошел предрейсовый медицинский осмотр. К исполнению обязанностей допущен», либо «Прошел послерейсовый медицинский осмотр» отметкой времени, даты прохождения осмотра, подписью и фамилией медицинского работника проводившего медицинский осмотр.

4.5. Записи о проведенных осмотрах оформляются в журнале, хранящемся в подразделении скорой медицинской помощи.

4.6. Ответственным за ведение и хранение журнала является зав. подразделением скорой медицинской помощи.

5. Порядок медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием.

5.1. Информация об ОБУЗ Лежневская ЦРБ и предоставляемых им платных медицинских услуг пациент получает при обращении:

- в поликлинику ОБУЗ Лежневская ЦРБ, адрес нахождения: 155120, Ивановская область, п. Лежнево, ул. Советская, д. 13;
- бухгалтерию ОБУЗ Лежневская ЦРБ, адрес нахождения: 155120, Ивановская область, п. Лежнево, ул. 1-я Красноармейская, д. 19;
- на сайте ОБУЗ Лежневская ЦРБ в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

5.2. Оплата услуг осуществляется Потребителем в порядке 100% предоплаты в кассе ОБУЗ Лежневская ЦРБ, адрес нахождения: 155120, Ивановская область, п. Лежнево, ул. 1-я Красноармейская, д. 19.

- Между пациентом (Потребителем услуг) и ОБУЗ Лежневская центральная районная больница заключается договор возмездного оказания услуг, в котором регламентируются условия и сроки их получения, порядок расчетов, права, обязанности, ответственность сторон, порядок разрешения споров и разногласий в соответствии с формой приложения №6.
- Договор оформляется в двух экземплярах: один остается у Потребителя, второй предоставляется в регистратуру поликлиники ОБУЗ Лежневская ЦРБ.
- Договор оформляется в кассе ОБУЗ Лежневская ЦРБ, режим работы которой: с 08.00. до 16.00. ежедневно, кроме субботы и воскресения.
- Выдается бланк медицинского заключения по результатам освидетельствования гражданина для получения лицензии на приобретение оружия (форма №0-46-1).

5.3. Платные услуги оказываются в поликлинике ОБУЗ Лежневская ЦРБ, адрес нахождения: 155120, Ивановская область, п. Лежнево, ул. Советская, д. 13. Время предоставления платных медицинских услуг: понедельник, среда, пятница с 14.00. до 15.00.

5.4. Потребитель обращается в регистратуру поликлиники ОБУЗ Лежневская ЦРБ, запись на получение платных медицинских услуг проводится в дни предоставления услуг с 13.00 до 15.00. при предоставлении:

- договора на возмездное оказание услуг,
- квитанции об оплате,
- данных флюорографии, маммографии (для женщин старше 40 лет),
- заключения психиатрической комиссии,
- заключения врача-нарколога, полученного по адресу: г. Иваново, ул. Постышева, д. 54/1 Ивановский областной наркологический диспансер, поликлиника,
- паспорта,
- бланка медицинского заключения по результатам освидетельствования гражданина для получения лицензии на приобретение оружия (форма №0-46-1).

- В регистратуре на пациента оформляется медицинская карта амбулаторного больного (учетная форма 025/у), талон амбулаторного пациента, добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство, согласие на обработку персональных данных.
- Ответственными за оформление, хранение, состояние амбулаторных карт являются медицинские регистраторы.

5.5. Врачи-специалисты по результатам осмотра вносят данные в медицинскую карту амбулаторного больного, справку.

5.6. Решение о годности пациента к ношению и хранению оружия выносит врачебная комиссия ОБУЗ Лежневская ЦРБ.

5.7. После исполнения медицинской услуги Потребителю выдается медицинское заключение по результатам освидетельствования гражданина для получения лицензии на приобретение оружия (форма 0-46-1).

Порядок финансовых расчетов между Исполнителем и Потребителем (Заказчиком).

- Для юридических лиц:

При поступлении заявки от Потребителя (Заказчика) на прохождение сотрудниками медицинского осмотра (предварительного, периодического, предрейсового, послерейсового) составляется список сотрудников, рассчитывается стоимость медицинской услуги в денежном выражении.

Заключается договор на оказание медицинской услуги.

Для оплаты медицинской услуги выставляется счет.

После оплаты Потребителем (Заказчиком) медицинских услуг (наличным или безналичным путем) выставляется счет-фактура и акт выполненных работ.

- Для физических лиц:

Потребитель обращается непосредственно в кассу учреждения, где по прейскуранту цен выбирает необходимые медицинские услуги, после чего с ним заключается договор и производится оплата наличными денежными средствами в кассу.

После оплаты Потребителю выдается квитанция .

Доходы от платных услуг поступают в кассу учреждения или по безналичному расчету непосредственно на лицевой счет лечебного учреждения, где учитываются как средства от приносящей доход деятельности. Документы, по которым зачисляются денежные средства в кассу, либо на лицевой счет должны содержать следующие реквизиты:

- Ф.И.О. пациента или наименование предприятия, организации, учреждения и т.д.;
- вида оказанных услуг;
- стоимость оказанных услуг;
- иных сведений, позволяющих определить вид и объем оказанных медицинских услуг.

к приказу главного врача ОБУЗ Лежневская ЦРБ
«Об организации оказания платных
медицинских услуг и услуг
медицинского сервиса в ОБУЗ Лежневская ЦРБ»
от 12 января 2015 года № 1-0_п.84

ДОГОВОР № _____
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

П. Лежнево «_____» _____ 20__ г.

Областное бюджетное учреждение здравоохранения Лежневская центральная районная больница, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Васильевой Татьяны Станиславовны действующей на основании Устава и свидетельства о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц №1023701650796, зарегистрировано Межрайонной ИФНС России №6 по Ивановской области, с одной стороны, и _____

(фамилия, имя, отчество либо реквизиты юридического лица)

именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется за вознаграждение оказать следующие медицинские услуги: _____

1.2. Перечень и стоимость платных медицинских услуг, предоставляемых заказчику, указаны в прейскуранте Исполнителя, действующем на дату составления настоящего договора.

1.3. При исполнении настоящего договора стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации и Ивановской области, регулирующим предоставление юридическим и физическим лицам платных медицинских услуг.

2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

2.1. Услуги Заказчику оказываются в соответствии с режимом работы Исполнителя, который доводится до сведения Заказчика при заключении договора.

2.2. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг, не предусмотренных пунктом 1.1 настоящего договора, они оформляются дополнительным соглашением к настоящему договору и оплачиваются заказчиком согласно прейскуранту.

2.3. В случае необходимости привлечения третьих лиц для оказания медицинских услуг Заказчику Исполнитель обязан привлекать третьих лиц, обладающих необходимыми разрешениями на оказание соответствующих медицинских услуг, а также обладающих необходимыми знаниями и квалификацией. При привлечении третьих лиц для оказания медицинских услуг Заказчику Исполнитель обязан довести до сведения Заказчика всю необходимую информацию о третьем лице, а также информацию о времени и месте оказания заказчику данных медицинских услуг.

3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

- 3.1. Стоимость оказываемых Заказчику платных медицинских услуг согласно прейскуранта составляет _____ рублей.
- 3.2. Оплата заказчиком производится наличным платежом в кассу или по безналичному расчету на счет Исполнителя до предоставления платной медицинской услуги(предоплата). Договором может быть предусмотрена поэтапная оплата предоставляемой медицинской услуги.
- 3.3. При оплате наличным платежом в кассу Исполнитель обязан выдать заказчику документы, подтверждающие прием наличных денег (кассовый чек или второй экземпляр квитанции, являющийся бланком строгой отчетности) .

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

- 4.1. Исполнитель обязан:
 - 4.1.1. Своевременно и качественно оказывать Заказчику медицинские услуги;
 - 4.1.2. Предоставить заказчику в доступной форме достоверную информацию о предоставляемых услугах до подписания договора;
 - 4.1.3. При оказании медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные препараты, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке;
 - 4.1.4. Обеспечить заказчика в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о разрешении (лицензии) на медицинскую деятельность, о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг и услуг медицинского сервиса, их стоимости, условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов;
 - 4.1.5. Обеспечить выполнение принятых на себя обязательств по оказанию медицинских услуг силами собственных специалистов или сотрудников медицинских организаций, имеющих с Исполнителем договорные отношения;
 - 4.1.6. Вести установленную законодательством медицинскую документацию, а также учет видов, объемов и стоимости оказываемых заказчику услуг;
 - 4.1.7. Обеспечить Заказчику непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по письменному требованию Заказчика или лицам, указанным в п.5.8 настоящего договора, копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья заказчика;
 - 4.1.8. Хранить в тайне информацию, содержащуюся в медицинской документации Заказчика, и предоставлять ее без согласия Заказчика в установленных законом случаях, а также лицам, указанным Заказчиком в п.5.8 настоящего договора.
- 4.2. Исполнитель имеет право:
 - 4.2.1. Требовать от Заказчика предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему медицинских услуг;
 - 4.2.2. Привлекать для оказания Заказчику медицинских услуг третьих лиц, имеющих лицензию на соответствующий вид деятельности;

- 4.2.3. В случае возникновения потенциальной угрозы жизни и здоровью Заказчика, а также в иных неотложных ситуациях, действуя в условиях крайней необходимости, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и непредусмотренной договором;
- 4.2.4. В случае невозможности оказания услуги отказаться от исполнения обязательств по договору при условии возврата Заказчику стоимости оплаченной услуги;
- 4.2.5. Требовать от Заказчика полной оплаты оказанных услуг.
- 4.3. Заказчик обязан:
 - 4.3.1. Своевременно оплатить стоимость услуги;
 - 4.3.2. Сообщить Исполнителю сведения, необходимые для качественного исполнения услуги (реакция на медикаменты, перенесенные заболевания и пр.);
 - 4.3.3. Соблюдать в полном объеме правила и условия получения медицинской услуги, установленные Заказчиком, неукоснительно соблюдать рекомендации врачей;
 - 4.3.4. Своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Заказчиком условий договора, а также о необходимости изменения назначенного Заказчику времени для получения медицинской услуги.
- 4.4. Заказчик имеет право:
 - 4.4.1. Получать от Исполнителя полную, доступную для понимания, своевременную информацию о получаемой медицинской услуге;
 - 4.4.2. Отказаться от получения услуги на любом этапе и получить оплаченную сумму с возмещением Исполнителю фактически понесенных затрат.

5. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ УСЛУГЕ

- 5.1. Исполнитель имеет лицензию на медицинскую деятельность № ЛО-37-01-000757, выданную Департаментом здравоохранения Ивановской области 18.07.2013г. (Адрес: 15300, г. Иваново, пр. Шереметевский д.1, email: 073@adminet.ivanovo.ru, телефон: (4932) 59-48-20, факс: (4932) 59-48-20);
- 5.2. Заказчик уведомлен о том, что данный вид медицинской услуги не входит (входит) в Территориальную программу государственных гарантий и не финансируется (финансируется) из средств бюджета или обязательного медицинского страхования.

Я _____ (Ф.И.О. пациента)
информирован(а) в доступной форме о возможности получения медицинской помощи за счет государственных средств, а также о правилах оказания данных видов помощи в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в ОБУЗ Лежневская ЦРБ

Подпись _____

5.3. Началом предоставления медицинской услуги считается первичный осмотр и обследование.

5.4. Продолжительность услуги: 60 дней.

5.5. Лечение производят
врачи: _____

_____ (Ф.И.О., врачебная квалификационная категория)

5.6. Заказчик дает разрешение на предоставление информации о состоянии своего здоровья, результатах обследования и лечения следующим лицам:

_____ (Ф.И.О. полностью)

5.7. Заказчик дает согласие на получение информации о своем здоровье лично (отказывается от получения информации). При отказе-эти сведения сообщить: _____ (Ф.И.О. полностью)

5.8. Заказчику по его требованию выдается листок нетрудоспособности в случаях, предусмотренных действующими нормативными актами.

5.9. Заказчик информирован:

5.9.1. О возможных (но не обязательных) осложнениях медицинской услуги, которые могут причинить вред здоровью: _____

_____ в случае возникновения осложнений Исполнитель предпринимает действия, направленные на устранение их последствий без дополнительной оплаты.

5.9.2. О несовершенстве медицинской науки и практики и невозможности в связи с этим гарантировать ожидаемые результаты лечения.

5.9.3. Исполнитель обязан до начала оказания услуги получить информированное добровольное согласие Заказчика.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения Исполнителем условий договора Заказчик вправе по своему выбору потребовать:

6.1.1. Назначения нового срока оказания услуги.

6.1.2. Уменьшения стоимости предоставленной услуги.

6.1.3. Исполнения услуги другим специалистом.

6.1.4. Расторжения договора и возмещения убытков, в том числе понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги, если это необходимо в других медицинских учреждениях.

- 6.2. Нарушение установленных настоящим договором сроков исполнения услуг должно сопровождаться выплатой Заказчику неустойки в порядке и размере, которые определяются Законом Российской Федерации от 07.02.1992 №2300-1 « О защите прав потребителей».
- 6.3. По соглашению Сторон указанная в п.6.2 настоящего договора неустойка может быть выплачена за счет уменьшения стоимости предоставленной медицинской услуги, предоставление заказчику дополнительных услуг без оплаты, возврата части ранее внесенного аванса.
- 6.4. В случае несвоевременной оплаты Заказчиком стоимости оказанной медицинской услуги, Исполнитель вправе потребовать уплаты неустойки в размере 0,1% от стоимости неоплаченной суммы. Неустойка начисляется на каждый день просрочки исполнения обязательства, предусмотренного договором, начиная со дня, следующего после дня истечения установленного договором срока исполнения обязательств.
- 6.5. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору, если докажут, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренных законом.
- 6.6. Во всех иных случаях неисполнение обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ЕГО РАСТОРЖЕНИЯ

- 7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до исполнения обязательств сторонами.
- 7.2. Условия договора могут быть изменены по соглашению сторон путем оформления в письменной форме дополнений, являющихся неотъемлемой частью договора.
- 7.3. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

- 8.1. Споры и разногласия, возникающие в процессе исполнения данного договора, разрешаются путем переговоров, а в случае недостижения согласия - в судебном порядке.
- 8.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой стороны.

РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:	Заказчик:
--------------	-----------

Полное наименование: <u>Областное бюджетное учреждение здравоохранения Лежневская центральная районная больница</u> Адрес: 155120, Ивановская область, п. Лежнево, ул. 1-я Красноармейская, д. 19 ИНН 3715001230 КПП 371501001 Лицевой счет: 22336Ш95170 р/сч 40601810400001000001 в отделении Иваново г. Иваново БИК 042406001	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
_____ 20__ г.	_____ 20__ г.
М.П.	М.П.

Приложение №6
 к приказу главного врача ОБУЗ Лежневская ЦРБ
 «Об организации оказания платных медицинских
 услуг и услуг медицинского сервиса
 в ОБУЗ Лежневская ЦРБ»
 от 12 января 2015 года № 1-0п.84

ОБУЗ Лежневская центральная районная больница
Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я _____
 (фамилия, имя, отчество – полностью)

_____ (год рождения, адрес места жительства)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, _____, паспорт: _____, выдан: _____, 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) получаю (нужное подчеркнуть) амбулаторную медицинскую помощь с целью: медицинского осмотра, амбулаторного обследования и лечения, диспансеризации; госпитализирован в отделение _____ (указать название или профиль отделения)

- Мне согласно моей воли 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, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, риноскопию, фарингоскопию, непрямая ларингоскопию, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; антропометрические исследования; термометрию; тонометрию; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, анализа мочи общего,бактериологических исследований, электрокардиографии, суточного мониторирования, спирометрии; проведения рентгеновских, в т.ч. флюорографии, ультразвуковых и эндоскопических исследований и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций,в т.ч внутримышечных, внутривенных, подкожных, внутрикожных; внутривенных вливаний, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур, массажа, лечебной физкультуры.

Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;

- Я информирован (информирована) о целях, 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, привести к снижению качества и невозможности(либо несоблюдения сроков) предоставления медицинской услуги.

- 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, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

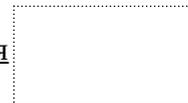
-Я _ согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;

- 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;

- 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 ребенка или лица, признанного недееспособным, следующим гражданам:

“ ____ ” _____ 20 ____ Подпись пациента/законного представителя



Расписался в моем присутствии:

Врач _____ (подпись)

(Должность, И.О. Фамилия)



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 после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

При отсутствии законных представителей решение о необходимости лечения принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача ОБУЗ Лежневская ЦРБ, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача и законных представителей.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача ОБУЗ Лежневская ЦРБ, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача.

Дополнительная информация:

« ____ » _____ 20__ года

Подпись пациента/законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач _____
(Должность, И.О. Фамилия) (Подпись)

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись _____

Должность, Ф.И.О. и подпись
« ____ » _____ 20__ года

Приложение №7
к приказу главного врача ОБУЗ Лежневская ЦРБ
«Об организации оказания платных
медицинских услуг и услуг
медицинского сервиса в ОБУЗ Лежневская ЦРБ»
от 12 января 2015 № 1-0 п.84

**Перечень платных медицинских услуг, оказываемых в ОБУЗ
Лежневская ЦРБ**

1. Стоматология ортопедическая.
2. Медицинские осмотры (предварительные, периодические) с экспертизой профессиональной пригодности.
3. Медицинские осмотры (предрейсовые, послерейсовые).
4. Медицинское освидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством.
5. Медицинское освидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием.