



ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
Тюменской области  
(ГБУЗ ТО)

«ОБЛАСТНАЯ БОЛЬНИЦА №3» (г. Тобольск)

**ПРИКАЗ**

15.09 2023г.

№ 1251 -од

**«Об утверждении форм договоров оказания платных услуг в ГБУЗ ТО «Областная больница №3»  
(г.Тобольск)»**

Во исполнение приказа Департамента здравоохранения Тюменской области от 8 июня 2009 г. N 23ос "Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг в Тюменской области", постановления Правительства РФ от 11.05.2023 года № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», в целях повышения эффективности организации предоставления платных медицинских услуг в ГБУЗ ТО «Областная больница №3» (г. Тобольск), повышения качества и доступности медицинской помощи, а также более полного удовлетворения потребности граждан в медицинской помощи

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Отменить действие Приказа от 26 июля 2023года №0865-од «Об утверждении форм договоров оказания платных услуг в ГБУЗ ТО «Областная больница №3» (г.Тобольск)».
2. Утвердить форму договора оказания платных медицинских услуг и приложений к нему в ГБУЗ ТО «Областная больница №3» (г. Тобольск) (Приложение N 1 к настоящему приказу).
3. Утвердить форму договора оказания платных немедицинских услуг и приложений к нему в ГБУЗ ТО «Областная больница №3» (г. Тобольск) (Приложение N 2 к настоящему приказу).
4. Сектору документационного обеспечения ознакомить с настоящим приказом заинтересованных лиц и руководителей структурных подразделений.
5. Контроль за исполнением приказа возложить на начальника финансово - экономического отдела – главного экономиста Слепченко О.П.

Главный врач

Д.А.Бойко

ДОГОВОР № \_\_\_\_\_

оказания платных медицинских услуг

г. Тобольск \_\_\_\_\_ .202\_\_г

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тюменской области «Областная больница №3» (г. Тобольск), именуемое в дальнейшем "Учреждение", в лице \_\_\_\_\_, действующей(го) на основании \_\_\_\_\_, и лицензии №Л041-01107-72/00369231 от 26.11.2020, выданной Департаментом здравоохранения Тюменской области, срок действия – бессрочно, с одной стороны, и \_\_\_\_\_, в дальнейшем именуемый(ая) "Заказчик", "Пациент/Законный представитель", с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет Договора**

1.1. По настоящему договору Учреждение обязуется оказать Пациенту \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ г. р. медицинские услуги (Приложение №1 к настоящему договору), в соответствии с Прейскурантом на оказание платных медицинских услуг, действующим в Учреждении на момент оказания медицинской услуги, а Пациент/Законный представитель обязуется принять и оплатить эти услуги.

1.2. Медицинские услуги оказываются надлежащего качества, в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Федеральным законом РФ от 07.02.1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей», требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, стандартами медицинской помощи и порядками медицинской помощи, утвержденными уполномоченным органом.

1.3. Оказание медицинских услуг будет осуществляться специалистами, указанными в приложении №1 к настоящему договору. Информация о профессиональном образовании и квалификация данных специалистов доведена до сведения Пациента/Законного представителя .

1.4. Подписывая настоящий договор, Пациент/ Законный представитель подтверждает, что ему в доступной форме была разъяснена информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи, и дает добровольное согласие на медицинское вмешательство (Приложение № 3 к настоящему договору). В случае наличие подписанного у пациента информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, Приложение №3 к договору не прикладывается.

1.5. Медицинские услуги оказываются по адресу:

1.6. Пациент/ Законный представитель в доступной форме уведомлен о том, что данные медицинские услуги могут быть ему оказаны на бесплатной основе в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи в Тюменской области, и в соответствии с правилами их предоставления, и отказывается от получения ее на бесплатной основе, а также альтернативного вида медицинской помощи на бесплатной основе (Приложение № 2 к договору).

1.7. Пациент/ Законный представитель ознакомлен с Прейскурантом цен на оказание платных медицинских услуг, режимом работы Учреждения и Правилами поведения пациентов и посетителей, которые действуют в Учреждении, и находятся для ознакомления на стенде в холле Учреждения.

1.8. Медицинская услуга считается оказанной после подписания акта оказанных медицинских услуг (Приложение № 4 к договору).

1.9. Срок оказания услуги с \_\_\_\_\_ г. по \_\_\_\_\_ г.

## **2. Правила и обязанности сторон**

### **2.1 Учреждение обязано:**

2.1.1. Предоставить Пациенту/ Законному представителю бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемых услугах.

2.1.2. Предупредить Пациента/ Законного представителя в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, дополнительно заключается договор на оказание медицинских услуг, не включенных в договор.

2.1.3. Обеспечивать оказание качественных медицинских услуг Пациенту согласно режиму работы учреждения, Перечню предоставляемых медицинских услуг, в соответствии с методиками их проведения и требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ.

2.1.4. В случае возникновения препятствий для выполнения условий настоящего договора, Учреждение обязано немедленно извещать об этом Пациента/Законного представителя .

2.1.5. В процессе оказания медицинской помощи информировать Пациента или его представителя о предстоящих основных или дополнительных лечебно-профилактических и прочих процедурах и их стоимости, необходимых медикаментозных препаратах и расходных материалах, и их стоимости. Предоставить Пациенту/ Законный представитель в доступной форме полную информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

2.1.6. Организовать за счет Пациента/ Законного представителя и с его согласия необходимые обследования в других медицинских учреждениях, с которыми имеются договорные отношения, при невозможности выполнения таковых силами Учреждения.

2.1.7. Вести медицинскую документацию, и в сроки, предусмотренные нормативными документами, выдавать Пациенту медицинские документы установленного образца: заключение врача, результаты исследования. Врач, проводящий исследование, уведомляет Пациента о сроке получения результата исследования.

2.1.8. Вести учет вида, объема и качества оказанной медицинской помощи, а также средств, полученных от Пациента/Законного представителя, выступать представителем интересов Пациента перед соисполнителем, предоставить Пациенту/ Законному представителю кассовый чек или иной документ, подтверждающий факт оплаты медицинских услуг.

2.1.9. Гарантировать Пациенту защиту конфиденциальной информации и неразглашение врачебной тайны.

2.1.10. Ставить в известность Пациента/ Законного представителя о предполагаемой сумме дополнительных расходов. При этом Пациент/ Законный представитель вправе отказаться от дальнейшего лечения и расторгнуть договор, возместив Исполнителю фактически понесенные расходы. Если Потребитель / законный представитель письменно не возражает, лечение продолжается на новых условиях.

2.1.11. Довести до Пациента/ Законного представителя полную и достоверную информацию о медицинском персонале, оказывающем медицинские услуги, о технологии оказания медицинских услуг и возможных осложнениях.

2.1.12. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических

заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

2.1.13. Предоставить информацию о состоянии здоровья, сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях Пациенту/ Законному представителю лично лечащим врачом или другими медицинскими работниками, принимающими непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении, по запросу Пациента/Законного представителя .

2.1.14. Установить гарантийный срок на оказанные медицинские услуги (Гарантийный срок определяется в соответствии с «Положением о порядке организации и условиях предоставления платных медицинских услуг» в ГБУЗ ТО «Областная больница № 3» (г. Тобольск)» от 01 сентября 2023 года).

## **2.2. Учреждение имеет право:**

2.2.1. Устанавливать время, место и условия оказания медицинских услуг, назначать конкретных исполнителей.

2.2.2. Отказаться от исполнения настоящего договора при нарушении Пациентом режима работы Учреждения, правил поведения пациентов и посетителей, назначений лечащего врача и медицинского персонала.

2.2.3. Приостановить выдачу медицинской документации Пациенту в случае задержки оплаты до разрешения разногласий.

2.2.4. В случае возникновения неотложных состояний, самостоятельно определять объем медицинской помощи (исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для оказания медицинской помощи) без письменного согласия Пациента/Законного представителя .

2.2.5. Требовать возмещения материальных потерь с Пациента/ Законного представителя в случае причинения им ущерба имуществу медицинского учреждения.

## **2.3. Пациент/ Законный представитель обязан:**

2.3.1. Информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания услуг. В противном случае весь риск связанных с этим последствий несет Пациент/Законный представитель .

2.3.2. Выполнить требования, от которых зависит качественное предоставление медицинской помощи (подготовка в соответствии с требованиями и рекомендациями лечащего врача Исполнителя). В случае выявления Учреждением ненадлежащей подготовки к оказанию услуг или ее отсутствия Учреждение вправе отказаться от оказания услуг в одностороннем порядке. В ходе оказания услуг выполнять все медицинские указания, рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения, своевременно информировать лечащего врача об изменениях в состоянии здоровья (самочувствии).

2.3.3. Соблюдать режим работы Учреждения и правила поведения пациентов и посетителей.

2.3.4. Оплатить стоимость медицинских услуг, в соответствии с разделом 3 настоящего договора.

2.3.5. Письменно подтвердить, что ознакомлен с информацией, касающейся особенностей данной медицинской услуги и условиями ее предоставления, то есть подтвердить свое «Добровольное информированное согласие» на оказание услуги. Добровольное информированное согласие Пациента/ Законного представителя является неотъемлемой частью настоящего договора (Приложения № 2, к настоящему договору). В случае отказа Пациента/ Законного представителя от подтверждения добровольного информированного согласия на оказание услуги Учреждение вправе отказаться от оказания услуг в одностороннем порядке.

2.3.6. Подписать Ознакомление о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) медицинского учреждения (Приложение №5 к договору).

## **2.4. Пациент/ Законный представитель имеет право:**

2.4.1. На предоставление достоверной информации об объеме и качестве медицинской помощи, выполняемой Учреждением, не вмешиваясь в деятельность Учреждения.

2.4.2. Вправе требовать предоставления услуг надлежащего качества, сведений о наличии лицензии, сертификата и квалификации врача, о стоимости оказанной услуги.

2.4.3. Вправе дать письменное согласие на медицинское вмешательство, либо письменный отказ от медицинского вмешательства, в форме и в порядке, установленной действующим законодательством.

2.4.4. Вправе требовать возмещения денежных средств за оплаченную Пациентом/ Законным представителем медицинскую услугу, которая по тем или иным причинам фактически не была оказана.

2.4.5. Вправе предъявлять требования о возмещении ущерба, в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с действующим законодательством РФ

2.4.6. На выбор врача, оказывающего платные медицинские услуги с учетом согласия врача.

2.4.7. При несоблюдении Учреждением обязательств по срокам исполнения услуг, Пациент/ Законный представитель вправе по своему выбору: назначить новый срок оказания услуги; потребовать уменьшение стоимости предоставленной услуги, потребовать исполнения услуги другим специалистом, расторгнуть договор и потребовать возмещение убытков.

2.4.8. Знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья.

2.4.9. По запросу, направленному в том числе в электронной форме, получать отражающие состояние здоровья пациента медицинские документы (их копии) и выписки из них, в том числе в форме электронных документов.

2.4.10. На ознакомление с медицинской документацией непосредственно в структурном подразделении медицинской организации, в котором они пребывают.

2.4.11. Ознакомиться с записями, сделанными медицинским работником в медицинской документации во время приема (посещения на дому).

### **3. Сумма договора. Порядок и форма расчетов**

3.1. Стоимость медицинских услуг определяется на основании действующего в Учреждении на момент оказания услуг «Прейскуранта цен на оказание платных медицинских услуг».

3.2. Общая сумма договора составляет \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_ коп.).

3.3. Оплата услуг осуществляется Пациентом/ Законным представителем в порядке 100% предварительной оплаты стоимости услуг. Оплата осуществляется путем внесения денежных средств в кассу Учреждения; либо по безналичному расчету, перечислением денежных средств на расчетный счет Учреждения, либо оплата производится через банкомат банка ВТБ наличными (банкомат сдачи не предоставляет) или в личном кабинете ВТБ онлайн.

В случае заключения Договора для отделений паллиативной помощи, отделений сестринского ухода Пациент/ Законный представитель имеет право вносить оплату по договору частями до 5 числа текущего месяца в порядке предварительной оплаты стоимости услуг за один койко-день на основании действующего в Учреждении на момент оказания услуг «Прейскуранта цен на оказание платных медицинских услуг» в количестве календарных дней текущего месяца. Оплата осуществляется путем внесения денежных средств в кассу Учреждения; либо по безналичному расчету, перечислением денежных средств на расчетный счет Учреждения, либо оплата производится через банкомат банка ВТБ наличными (банкомат сдачи не предоставляет) или в личном кабинете ВТБ онлайн.

В случае заключения Договора на ортопедическое стоматологическое лечение при планировании изначально рассчитывается общая сумма Договора, часть которой должна быть внесена до начала лечения (не менее 30% от общей стоимости лечения). Оставшаяся сумма выплачивается пропорционально выполненному объему услуг с учетом внесенного аванса, но не позднее дня установки ортопедической конструкции.

В процессе лечения может возникнуть необходимость в корректировке (изменении) ортопедической конструкции, связанной с возникновением непредвиденных ситуаций (общие и местные реакции организма на введение стоматологических материалов, новые обстоятельства, выявленные в процессе лечения и диагностики) изменения в Договор вносятся с помощью дополнительных соглашений к Договору.

#### **4. Обработка персональных данных**

4.1. В соответствии со ст. 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ Пациент/ Законный представитель дает свое согласие на обработку Учреждением своих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, дату рождения, адрес места жительства, ИНН, СНИЛС, 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, которые будут обрабатываться с целью организации взаиморасчетов за оказанные Пациенту медицинские услуги.

4.2. Персональные данные Пациента/ Законного представителя будут обрабатываться способами, включающими в себя: сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, блокирование, уничтожение.

4.3. Подписанием настоящего договора Пациент/ Законный представитель дает согласие на обработку своих персональных данных, которое действует бессрочно.

4.4. Пациент оставляет за собой право отозвать свое согласие в письменной форме, направленное в адрес Учреждения по почте, при этом Учреждение обязано прекратить обработку персональных данных в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов.

#### **5. Ответственность сторон за невыполнение условий настоящего договора**

5.1. За нарушение прав Пациента Учреждение несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством, в том числе законодательством о защите прав потребителей.

5.2. В случае оказания Пациенту медицинской услуги ненадлежащего качества, подтвержденного результатами врачебной экспертизы, Пациент/ Законный представитель имеет право:

- по личному заявлению оформить возврат денежных средств в кассе Учреждения;
- безвозмездно (за счет Учреждения) устранить недостатки оказанной услуги (повторно осуществить повторное оказание услуги);
- привлечь Учреждение к иным мерам ответственности в соответствии с действующим законодательством.

5.3. Пациент/ Законный представитель несет имущественную ответственность за причинение ущерба Учреждению в размере действительной стоимости поврежденного (утраченного) имущества, если такое повреждение (утрата) явилось следствием действий Пациента. В этом случае Пациент/ Законный представитель также обязан возместить Учреждению возникшие вследствие этого убытки.

5.4. За нарушение санитарно-эпидемиологического режима Учреждения, повлекшее за собой причинение ущерба Учреждению, Пациент/ Законный представитель обязан возместить причиненные убытки.

5.5. За нарушение рекомендаций Учреждения, отразившихся на ходе оказания услуги, либо делающее невозможным оказание услуги в установленные сторонами сроки, Пациент/ Законный представитель обязан возместить Учреждению возникшие вследствие этого убытки.

#### **6. Иные условия, определяемые по соглашению сторон**

6.1. Подписывая настоящий договор, Пациент/ Законный представитель подтверждает, что ему было разъяснено право на получение медицинских услуг Учреждения, входящих в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Тюменской области в текущем году, на безвозмездной основе. Также был разъяснен порядок оказания таких услуг, условия получения услуг Пациентом. Подписывая настоящий

договор, Пациент/ Законный представитель подтверждает свое согласие на отказ от получения медицинской услуги (если она включена в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Тюменской области в текущем году) на безвозмездной основе.

6.2. Подписывая настоящий договор, Пациент/ Законный представитель подтверждает, что перед оказанием услуг ему была предоставлена исчерпывающая информация о его заболевании (диагнозе), современных методах лечения, даны ответы на все интересующие вопросы.

### **7. Порядок разрешения споров**

7.1. Споры и разногласия, которые могут возникнуть при исполнении настоящего договора, будут по возможности разрешаться путем переговоров между сторонами.

7.2. В случае невозможности разрешения споров путем переговоров стороны имеют право обратиться в суд общей юрисдикции в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

### **8. Порядок изменения и расторжения договора**

8.1. Договор может быть расторгнут досрочно, по соглашению сторон, с одновременным возмещением денежных средств за медицинскую услугу, которая по тем или иным причинам фактически не была оказана Пациенту.

8.2. Договор может быть расторгнут в силу форс-мажорных (непреодолимых) обстоятельств, повлекших за собой невозможность продолжения действия договора для Пациента и Учреждения.

8.3. Договор может быть расторгнут Учреждением досрочно, при нарушении Пациентом правил поведения пациентов и посетителей Учреждения, нарушении режима работы Учреждения и назначений лечащего врача и медицинского персонала, в случае отказа Пациента от подтверждения добровольного информированного согласия на оказание услуги.

8.4. Все изменения и дополнения к настоящему договору оформляются в виде дополнительного соглашения, в письменной форме, и подписываются обоими сторонами.

8.5. В случае досрочного расторжения договора оплата производится по фактически оказанным услугам. Пациент/ Законный представитель пишет заявление на возврат неизрасходованных денежных средств.

### **9. Срок действия договора. Прочие условия**

9.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств по настоящему договору.

9.2. Любые изменения и дополнения к настоящему договору вступают в силу только в том случае, если они оформлены в письменном виде и подписаны обеими сторонами.

9.3. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

9.4. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим договором, стороны будут руководствоваться действующим законодательством РФ.

### **10. Реквизиты и подписи сторон**

Исполнитель	Пациент/ Законный представитель
ГБУЗ ТО «Областная больница № 3» (г. Тобольск) 626150, Тюменская область, г. Тобольск, 3 б микрорайон, № 24 Тел.факс 8(3456) 25-08-48 – бухгалтерия, 24-50-66 – планово-экономический сектор	_____ Дата рождения: _____ г.р Адрес: _____ _____ Паспорт: _____ Дата выдачи _____ _____

<p>E-Mail: ob3@med-to.ru</p> <p>ОГРН 1037200145157, Дата присвоения ОГРН: 04.01.2003 г.</p> <p>ИНН 7223008503 КПП 720601001</p> <p>Департамент финансов Тюменской области (ГБУЗ ТО «Областная больница № 3» (г.Тобольск) ЛС011131067 ТБЦБ)</p> <p>Каз/сч 03224643710000006700</p> <p>ЕКС 40102810945370000060</p> <p>Отделение Тюмень Банка России// УФК по Тюменской области г.Тюмень БИК 017102101</p>	<p>Кем выдан</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>телефон: _____</p> <p>_____</p>
<p>_____</p> <p>МП</p>	<p>Пациент/ Законный представитель</p> <p>_____</p>







**Информированное согласие пациента на оказание платных медицинских услуг и заключение договора оказания платных медицинских услуг**

Я, \_\_\_\_\_ (ка) \_\_\_\_\_  
 ФИО \_\_\_\_\_  
 прописывается \_\_\_\_\_  
 собственноручно \_\_\_\_\_  
 полностью, \_\_\_\_\_  
 паспортные \_\_\_\_\_  
 данные \_\_\_\_\_

до получения платной медицинской услуги \_\_\_\_\_ **ГБУЗ ТО "Областная больница №3" г. Тобольск** и до заключения договора оказания платных медицинских услуг в доступной для меня форме, \_\_\_\_\_  
 проинформирована(а) \_\_\_\_\_  
 о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взаимовыгодной \_\_\_\_\_  
 в рамках реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания \_\_\_\_\_  
 гражданам медицинской помощи, принятой на текущий год, как в **ГБУЗ ТО "Областная больница №3" \_\_\_\_\_  
 г.Тобольск**, так и в других организациях \_\_\_\_\_  
 Томской области; \_\_\_\_\_  
 о цене на платные услуги, условиях, форме и порядке их предоставления и оплате; \_\_\_\_\_  
 о медицинских работах, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, уровне их \_\_\_\_\_  
 профессионального образования и квалификации; \_\_\_\_\_  
 мне предоставляется возможность выбора \_\_\_\_\_  
 учреждения медицинской помощи, форма и способ оказания платных медицинских услуг \_\_\_\_\_  
 в организации, сообщен почтовый адрес или адрес \_\_\_\_\_  
 электронной почты (при наличии), на который может быть направлено обращение (жалоба); \_\_\_\_\_  
 о контролируемых органах, как по надзору в сфере здравоохранения, так и в сфере защиты прав \_\_\_\_\_  
 потребителей (их адреса и телефоны); \_\_\_\_\_  
 платных медицинских услуг; \_\_\_\_\_  
 мне предоставляется разъяснение условий оказания платных медицинских услуг \_\_\_\_\_  
 в **ГБУЗ ТО "Областная больница №3" г.Тобольск** на \_\_\_\_\_  
 осуществление медицинской деятельности, в ознакомлении (а) с перечнем работ (услуг), составивших \_\_\_\_\_  
 медицинскую деятельность организации в соответствии с \_\_\_\_\_  
 лицензиями; \_\_\_\_\_  
 в информировании (а), что отказ потребителя от заключения договора оказания платных медицинских услуг \_\_\_\_\_  
 не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи; \_\_\_\_\_  
 программа ОМС; \_\_\_\_\_  
 мною добровольно, своей волей и своим интересом, без какого-либо принуждения, выбравшей \_\_\_\_\_  
 платных медицинских услуг, которые я хочу получить в **ГБУЗ ТО "Областная больница №3" г.Тобольск**, \_\_\_\_\_  
 ознакомиться (а) с действующими правилами предоставления платных медицинских услуг и иные платные услуги \_\_\_\_\_  
**ТО "Областная больница №3" г.Тобольск** и согласен(на) их оплатить в соответствии с \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 я, получив полную информацию о возможности и условиях оказания платной медицинской помощи \_\_\_\_\_  
 в рамках программы ОМС, хочу воспользоваться своим правом на получение \_\_\_\_\_  
 платных медицинских услуг в соответствии со статьей 84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-  
 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", даю свое согласие на их получение и \_\_\_\_\_  
 готов(а) их оплатить. \_\_\_\_\_  
 Я удостоверяю, что текст настоящего информационного согласия мною прочитан, его положения мне \_\_\_\_\_  
 понятны, я даю свое согласие на получение и оплату платных медицинских и иных платных услуг в **ГБУЗ ТО \_\_\_\_\_  
 "Областная больница №3" г.Тобольск** и на заключение договора оказания платных медицинских услуг. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

(подпись потребителя / законного представителя / заказчика, расшифровка подписи) \_\_\_\_\_

### ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я \_\_\_\_\_ года рождения,  
(фамилия, имя, отчество – полностью)  
проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

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) госпитализирован (госпитализирована) 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 проведение мне (представляемому): опроса, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотра, в том числе пальпацию, перкуссию, зондирование, аускультацию, риноскопию, фарингоскопию, непрямую ларингоскопию, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; антропометрические исследования; термометрию; тонометрию; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; всех видов стоматологического(ортопедического) лечения, в том числе лечение заболеваний зубов, проведение местной анестезии, реставрации, эндодонтическое лечение, лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта, хирургические методы лечения: удаление зуба, проведение местной анестезии, вскрытие абсцесса, дренирование раны, шинирование при переломах челюстей, оперативные вмешательства, имплантация. Ортопедическое лечение: изготовление коронок, мостовидных протезов, изготовление съемных протезов, протезирование на имплантах. и др., неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных); рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно; медицинский массаж; лечебная физкультура. 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;

- 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 и студентами медицинских 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;

- 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:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Подпись пациента (законного представителя) V \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_.

Расписался \_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_ моем \_\_\_\_\_ присутствии:

Врач \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(Должность, И.О. Фамилия / подпись)



УВЕДОМЛЕНИЕ

\_\_\_\_\_ 202\_ г

№ \_\_\_\_\_

**О последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций)  
медицинского учреждения**

Уважаемый(ая), \_\_\_\_\_  
имя, отчество пациента

В соответствии с п.24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 года № 736, уведомляем Вас, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского учреждения (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

\_\_\_\_\_  
(представитель от учреждения)

\_\_\_\_\_  
(Фамилия, инициалы)

С уведомлением ознакомлен(а). Экземпляр на руки получил(а) до заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. пациента

Договор № \_\_\_\_\_  
Оказания платных немедицинских услуг

г.Тобольск

\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тюменской области «Областная больница №3» (г.Тобольск), именуемое в дальнейшем "Учреждение", в лице \_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_ и лицензии №Л041-01107-72/00369231 от 26.11.2020, с одной стороны, и гражданка (ин) \_\_\_\_\_, именуемая(ый) в дальнейшем "Пациент"/"Законный представитель", с другой стороны, заключили настоящий Договор о ниже следующем:

**1. Предмет договора**

- 1.1. По настоящему договору Учреждение обязуется оказать немедицинские услуги Пациенту \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ г.р. (перечисленные в Приложении №1 настоящего договора), в соответствии с "Перечнем платных немедицинских услуг" и "Прейскурантом цен на оказание платных немедицинских услуг", действующими в Учреждении, а Пациент/ Законный представитель обязуется принять и оплатить эти услуги.
- 1.2. Немедицинские услуги оказываются по адресу: \_\_\_\_\_
- 1.3. Пациент/ Законный представитель ознакомлен с "Перечнем платных немедицинских услуг", "Прейскурантом цен на оказание платных немедицинских услуг", "Правилами внутреннего распорядка" и "Правилами поведения пациентов и посетителей" которые действуют в Учреждении/
- 1.4. Немедицинская услуга считается оказанной после подписания акта выполненных платных немедицинских услуг.
- 1.5. Срок оказания услуги с \_\_\_\_\_ г. по \_\_\_\_\_ г.

**2. Правила и обязанности сторон**

- 2.1. Учреждение обязано:
  - 2.1.1. Обеспечить оказание качественных немедицинских услуг Пациенту согласно режиму работы Учреждения, "Перечню предоставляемых немедицинских услуг".
  - 2.1.2. В случае возникновения препятствий для выполнения условий настоящего договора Учреждение обязано немедленно извещать об этом Пациента/Законного представителя.
  - 2.1.3. Вести учет вида, объема и качества оказанной немедицинской помощи, а также средств полученных от Пациента/Законного представителя, а также выступать представителем интересов Пациента/ Законного представителя перед исполнителем.
  - 2.1.4. Гарантировать Пациенту защиту конфиденциальной информации.
  - 2.1.5. Ставить в известность Пациента/ Законного представителя о предполагаемой сумме дополнительных расходов.
- 2.2. Учреждение имеет право:
  - 2.2.1. Отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Пациентом "Правил внутреннего распорядка", назначений лечащего врача и медицинского персонала и нарушения режима работы Учреждения.
- 2.3. Пациент/ Законный представитель обязан:
  - 2.3.1. Бережно относиться к имуществу Учреждения.
  - 2.3.2. Соблюдать "Правила внутреннего распорядка" и "Правила поведения пациентов и посетителей".
  - 2.3.4. Оплатить немедицинские услуги, в соответствии с разделом 3 настоящего договора.
  - 2.3.5. Выполнять требования медицинского персонала Учреждения, обеспечивающие качественное предоставление платных услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.
- 2.4. Пациент/ Представитель пациента имеет право:
  - 2.4.1. На предоставление достоверной информации об объеме и качестве немедицинских услуг, выполняемых Учреждением, не вмешиваясь в деятельность Учреждения.



2.4.2. Вправе требовать предоставления услуги надлежащего качества, сведений о наличии лицензии и сертификата, о стоимости оказанной услуги.

### **3. Сумма договора. Порядок и форма расчетов**

3.1. Стоимость немедицинских услуг определяется на основании действующего в Учреждении на момент

оказания услуг (на дату заключения Договора) "Прейскуранта цен на оказание платных немедицинских услуг".

3.2. Сумма договора составляет: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_ коп.).

3.3. Оплата услуг осуществляется Пациентом/ Представителем пациента в порядке 100% предварительной оплаты стоимости услуг путем внесения денежных средств в кассу Учреждения, либо по безналичному расчету путем перечисления на расчетный счет Учреждения, либо оплата производится через банкомат банка ВТБ наличными (банкомат сдачи не предоставляет) или в личном кабинете ВТБ онлайн.

3.4. В случае оказания дополнительных немедицинских услуг Пациент/ Представитель пациента на необходимые услуги заключает отдельный договор и осуществляет их оплату в порядке, предусмотренным разделом 3 настоящего договора)

### **4. Обработка персональных данных**

4.1. В соответствии со ст. 9 N 152-ФЗ от 27.07.2006 г. "О персональных данных", Пациент/ Представитель пациента дает свое согласие на обработку Учреждением своих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, адрес места жительства, в 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, которое профессионально занимается медицинской деятельностью и обязано сохранить врачебную тайну, которые будут обрабатываться с целью организации взаиморасчетов за оказанные Пациенту медицинские услуги.

4.2. Персональные данные пациента/ Законный представитель будут обрабатываться способами, включающими в себя: сбор,

систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, блокирование, уничтожение.

4.3. Согласие дано Пациентом/ Законный представитель и действует в течение трех лет с момента прекращения оказания пациенту услуги.

4.4. Пациент оставляет за собой право отозвать свое согласие в письменной форме, направленное в адрес Учреждения по почте, при этом Учреждение обязано прекратить обработку персональных данных по истечению периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов.

### **5. Ответственность сторон**

5.1. За нарушение сторонами своих обязательств по договору, они несут ответственность в порядке, предусмотренном Гражданским Кодексом РФ и действующими нормативными актами.

### **6. Порядок разрешения споров**

6.1. Споры и разногласия, которые могут возникнуть при исполнении настоящего договора, будут по возможности разрешаться путем переговоров между сторонами.

6.2. В случае невозможности разрешения споров путем переговоров, стороны имеют право обратиться в суд

общей юрисдикции в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

### **7. Прочие условия**

7.1. Настоящий договор вступает в силу с даты подписания и действует до полного исполнения обязательств сторон по настоящему договору.

7.2. Любые изменения и дополнения к настоящему договору вступают в силу только в том случае, если они оформлены в письменном виде и подписаны обеими сторонами.

7.3. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному

для каждой из сторон.

7.4. Во всем остальном, непредусмотренном настоящим договором, стороны будут руководствоваться действующим законодательством РФ.

### **8. Реквизиты и подписи сторон**

**Учреждение**

ГБУЗ ТО «Областная больница №3»(г.Тобольск)  
ИНН:7223008503, КПП: 720601001  
ОГРН:1037200145157, Дата присвоения ОГРН:  
04.01.2003 г.  
Департамент финансов Тюменской области ИНН  
7202137681 КПП 720201001  
(ЛС011131067ТБЦБ ИНН 7223008503  
КПП 720601001 ГБУЗ ТО «Областная больница  
№3» (г.Тобольск)) р/с 40601810700003000002  
ГРКЦ ГУ Банка России по Тюменской области г.  
Тюмень  
БИК 047102001

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

**Пациент/Законный представитель**

\_\_\_\_\_  
Адрес:: \_\_\_\_\_  
  
Паспорт: \_\_\_\_\_  
Дата выдачи \_\_\_\_\_  
Кем выдан \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ телефон: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_

Перечень немедицинских услуг

№ п/п	Наименование услуги	Ед.измерения	Цена за ед. измерения, руб.	Количество в ед. измерения	Общая стоимость, руб. (включая НДС)
1					
ИТОГО:					

**Учреждение**

ГБУЗ ТО «Областная больница №3»(г.Тобольск)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Пациент/Законный представитель**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

