**ДОГОВОР № \_\_\_\_**

на оказание платной медицинской услуги

«Ведение физиологических родов врачом-акушером-гинекологом

(индивидуальное ведение родов врачом-акушером-гинекологом)»

г. Курск «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_ г.

Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» (ОБУЗ «КГКБСМП»), 305035 г. Курск, ул. Пирогова, д.14, (ОГРН 1034637007778, ИНН 4629040157, КПП 463201001), Лист записи Единого государственного реестра юридических лиц от 21 марта 2023 г., выдан Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы по централизованной обработке данных 21 марта 2023 года, Лицензия на осуществление медицинской деятельности №ЛО41-01147-46/00368659 от 06.08.2020г, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с одной стороны, и

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. рождения

документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

зарегистрированная (ый) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

проживающая (ий) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемая в дальнейшем «Потребитель» (законный представитель, Заказчик), с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**Понятия, используемые в настоящем Договоре**

Для целей настоящего Договора используются следующие основные понятия:

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

*Потребитель* - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с настоящим Договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального [закона](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=405676&date=15.08.2022) от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

*Заказчик* - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;

*Исполнитель -* медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги Потребителю (Пациенту)*.*

*Врач-акушер-гинеколог* – врач из числа сотрудников Исполнителя, оказывающий медицинскую услугу в рамках настоящего Договора.

*Врач-акушер-гинеколог (дублер)* – врач, назначаемый по согласованию с Пациенткой, из числа сотрудников Исполнителя, оказывающий медицинскую услугу в рамках настоящего Договора на случай отсутствия, невозможности участия при родоразрешении прикрепленного врача акушера-гинеколога (болезнь, незапланированный отпуск, увольнение, командировка и иные причины).

**1. Предмет договора**

1.1. Предметом настоящего Договора является оказание на возмездной основе ***медицинской услуги «Ведение физиологических родов врачом-акушером-гинекологом (индивидуальное ведение родов врачом-акушером-гинекологом)» в ОБУЗ «КГКБСМП»*** (далее по тексту – «Медицинская услуга»).

Исполнитель берет на себя обязательство оказать Потребителю на возмездной основе «Медицинскую услугу» по плану оказания медицинской услуги (Приложение № 1 к настоящему Договору) в объеме и в сроки согласно условиям настоящего Договора.

Оказание «Медицинской услуги» производится по адресу Исполнителя: 305035 , г. Курск, ул. Пирогова, дом 10.

Оказание «Медицинской услуги» реализуется на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л041-01147-46/00368659 от 06.08.2020г., срок действия: бессрочно, лицензирующий орган: Министерство здравоохранения Курской области, расположенный по адресу: 305000, г. Курск, Красная площадь, 6, тел. +7 (4712) 514-720, выполняемые работы, оказываемые услуги:

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии; сестринскому делу; физиотерапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью; рентгенологии; ультразвуковой диагностике; физиотерапии. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: акушерскому делу; акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности); анестезиологии и реаниматологии; дезинфектологии; клинической лабораторной диагностике; медицинской статистике; операционному делу; организации здравоохранения и общественному здоровью; организации сестринского дела; рентгенологии; сестринскому делу; трансфузиологии; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерскому делу; акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности); анестезиологии и реаниматологии; вакцинации (проведению профилактических прививок); дезинфектологии; диетологии; клинической лабораторной диагностике; медицинской статистике; неонатологии; операционному делу; организации здравоохранения и общественному здоровью; организации сестринского дела; рентгенологии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; терапии; трансфузиологии; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; функциональной диагностике; эпидемиологии; при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности.

1.2. Объем оказываемых по настоящему Договору платных услуг определяется Перечнем оказываемых платных услуг (Приложение № 2 к настоящему Договору), общим состоянием здоровья Потребителя, индивидуальными особенностями организма Потребителя, медицинскими показаниями (противопоказаниями) выявленных заболеваний (патологий) и организационно-техническими возможностями Исполнителя.

1.3. Исполнитель обязуется оказывать Потребителю на возмездной основе «Медицинскую услугу» по своему профилю деятельности, надлежащего качества в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а Потребитель обязуется принять и оплатить оказанные Исполнителем услуги в порядке, размере и в сроки, установленные настоящим Договором.

1.4. Платная «Медицинская услуга» осуществляются дополнительно к установленным учреждению заданием на оказание услуг в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, и в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности.

1.5. Подписанием настоящего Договора стороны подтверждают, что Исполнитель предоставил Потребителю, а Потребитель получил до заключения настоящего Договора в полном объеме информацию, включающую в себя сведения, которые в том числе размещены на официальном сайте Исполнителя https://bsmp-kursk.ru:

- об Исполнителе;

- о перечне платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим Договором с указанием цен в рублях в соответствии с Прейскурантом;

- об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг, сроках и порядке их оплаты;

- о режиме работы Исполнителя, графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;

- о квалификации и сертификации медицинских работников Исполнителя, в том числе, информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

- о порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг.

1.6. Потребитель, подписанием настоящего Договора, подтверждает, что до его заключения Исполнителем:

- ознакомлен с правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. №736;

- проинформирован в доступной форме о возможности получения медицинских услуг *бесплатно* в объеме и на условиях, предусмотренных Программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи и Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Курской области;

- уведомлен 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

- ознакомлен с перечнем работ (услуг), отраженных в лицензии Исполнителя на медицинскую деятельность, Прейскурантом Исполнителя, понимает содержащуюся в нем информацию, согласен с действующими ценами на оказание платной «Медицинской услуги»;

- проинформирован о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

1.7. С учетом указанной в пунктах 1.2 -1.6. информации и подписав настоящий Договор, Потребитель (законный представитель, Заказчик) подтверждает, что Потребитель добровольно согласилась на оказание медицинских услуг на платной основе.

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

(ФИО потребителя) Подпись

1.8. Врач-акушер-гинеколог со стороны ОБУЗ «КГКБСМП» по настоящему Договору является:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Врач-акушер-гинеколог (*дублер*)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1.9. В период действия настоящего Договора медицинские услуги оказываются на основании подписанного Потребителем информированного добровольного согласия на предоставление медицинских услуг на платной основе (приложение № 3 к Договору) и иных обязательных информированных согласий, оформляемых в соответствии с действующим законодательством, в том числе, информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, оформляемого при поступлении в ОБУЗ «КГКБСМП».

1.10. Факт заключения настоящего Договора между Сторонами не является основанием предоставления Потребителю платной «Медицинской услуги» в первоочередном порядке по услугам, оказываемым в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

**2.** **Стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты**

2.1. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется, исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта утвержденного Министерством здравоохранения Курской области, в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг.

2.2. Стоимость услуг по Договору в соответствии с планом оказания медицинских услуг по настоящему Договору согласно прейскуранту Исполнителя составляет **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).**

2.3. Оплата медицинских услуг осуществляется Потребителем (законным представителем, Заказчиком) в порядке 100% предоплаты путем внесения наличных денежных средств, в кассу Исполнителя или по безналичному расчету, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя в полном объеме.

2.4. По желанию Потребителя стоимость услуг, указанных в п.2.1. настоящего Договора может быть оплачена как самим Потребителем, либо страховой компанией, либо третьим заинтересованным физическим или юридическим лицом, на основании Прейскуранта цен ОБУЗ «КГКБСМП».

2.5. Исполнитель разъясняет, а Потребитель (законный представитель, Заказчик) понимает, что денежные средства, добровольно затраченные Потребителем (законным представителем, Заказчиком) в рамках настоящего Договора, возврату через страховую компанию, либо из других источников не подлежат, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.

2.6. В день (момент) подписания настоящего Договора Потребитель (законный представитель, Заказчик) ознакомлен с действующими прейскурантами и планом медицинской услуги «Ведение физиологических родов врачом-акушером-гинекологом (индивидуальное ведение родов врачом-акушером-гинекологом)», понимает содержащуюся в нем информацию и согласен с ценами на медицинские услуги (подпись):

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

(ФИО потребителя) Подпись

2.7. По требованию Потребителя на предоставление платных медицинских услуг может быть составлена Смета, которая, в случае ее составления, становится неотъемлемой частью Договора.

2.8. В случае неоказания по независящим от сторон причинам Исполнителем платных «Медицинских услуг» Потребителю в рамках настоящего Договора, по письменному заявлению Потребителя (законного представителя, Заказчика) возвращаются денежные средства на банковский счет, указанный в заявлении или наличными денежными средствами из кассы, в срок, не превышающий 10 (десять) календарных дней.

2.9. Основные права и обязанности сторон указаны в Гражданском кодексе Российской Федерации, Федеральном законе от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановлении Правительства РФ от 11.05.2023г. № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

**3. Права и обязанности сторон**

**3.1. Исполнитель обязуется:**

3.1.1. Своевременно и качественно предоставить медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего договора:

врачом-акушером-гинекологом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(Ф.И.О. врача)

на случай отсутствия невозможности участия при родоразрешении прикрепленного врача акушера-гинеколога (болезнь, незапланированный отпуск, увольнение, командировка и иные причины)

врачом акушером-гинекологом (дублером) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(Ф.И.О. врача)

3.1.2. По требованию Потребителя в доступной форме предоставить информацию, а также документы для ознакомления:

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

- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

3.1.3. По требованию Потребителя выдать документы, подтверждающие фактические расходы потребителя и (или) заказчика на оказанные медицинские услуги и (или) приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения:

- копию договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения);

- справку об оплате медицинских услуг по установленной форме;

- рецептурный бланк с проставленным штампом "Для налоговых органов Российской Федерации, идентификационный номер налогоплательщика", заверенный подписью и личной печатью врача, печатью медицинской организации (в случае оформления);

- документы установленного образца, подтверждающие оплату лекарственных препаратов (при их применении)

3.1.4. Обеспечивать режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством РФ.

3.1.5. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством РФ порядке.

3.1.6. Выдать по окончанию оказания медицинской услуги Потребителю документы, содержащие информацию о результатах оказанных услуг.

**3.2. Исполнитель имеет право:**

3.2.1. В случае возникновения неотложных состояний Потребителя самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной договором;

3.2.2. Отказаться в одностороннем порядке от исполнения обязательств по настоящему Договору в случае, когда действия Потребителя делают невозможным исполнение «Медицинской услуги» в целом или надлежащего качества.

**3.3. Потребитель обязуется:**

3.3.1. Оплатить «Медицинскую услугу» в сроки и в порядке, определенные настоящим Договором.

3.3.2. До оказания медицинской помощи информировать врача о состоянии здоровья, предварительных исследованиях и консультациях специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии), о перенесенных заболеваниях, операциях, травмах, известных аллергических реакциях, противопоказаниях, и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения или вызвать осложнения. В противном случае риск связанных с этим последствий несет Потребитель.

3.3.3. Выполнять Правила внутреннего распорядка, требования и предписания медицинского персонала Исполнителя, как необходимые условия предоставления ему качественной медицинской помощи.

3.3.4. Заботиться о состоянии своего здоровья.

3.3.5. Незамедлительно поставить в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

3.3.6. При поступлении в ОБУЗ»КГКБСМП» для оказания «Медицинских услуг», оформить информационное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

3.3.7. Надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению настоящего Договора.

3.4. **Пациентка имеет право на:**

3.4.1. получение платной «Медицинской услуги» в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.

3.4.2. гарантированное наличие места в ОБУЗ «КГКБСМП» в день родов;

3.4.3. возможность выбора или прикрепления персонального врача-акушера-гинеколога ОБУЗ «КГКБСМП» в дородовом периоде, на период родов и в раннем послеродовом периоде;

3.4.4. предварительную очную консультацию и осмотр Врачом, начиная с 36 недели беременности;

3.4.5. возможность круглосуточной телефонной связи с Врачом с целью уведомления его о началах родовой деятельности;

3.4.6. участие Врача в процессе родоразрешения в составе дежурной бригады ОБУЗ «КГКБСМП»;

3.4.7. индивидуальные консультации с Врачом, в том числе по грудному вскармливанию в раннем послеродовом периоде (в течение 3 дней после родов) до момента выписки пациентки из акушерского физиологического отделения;

3.4.8. заключительный осмотр и рекомендации Врача при выписке из ОБУЗ «КГКБСМП»;

3.4.9. партнерские роды

3.4.10. в доступной для него форме, получить имеющуюся для него информацию о состоянии здоровья, включая сведения 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 (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов).

**4. Условия, сроки и порядок оказания услуг**

4.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Потребителя приобрести медицинскую услугу на возмездной основе, являющемся неотъемлемым приложением к настоящему Договору.

4.2. Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги после подписания настоящего договора обеими сторонами, и информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, данного Потребителем в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан и после 100% предоплаты медицинских услуг.

4.3. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения – стоимость медицинских услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Потребителя (Заказчика) с учетом уточненного диагноза, сложности манипуляций и иных затрат на лечение.

4.4. 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](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=422434&date=29.03.2023) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

4.5. Потребитель имеет право на выбор врача-акушера-гинеколога.

4.6. Срок оказания медицинских услуг: *не ранее 36 недель беременности и до момента выписки Потребителя после родов из акушерского физиологического отделения.*

4.7. Для проведения госпитализации в медицинское учреждение при себе необходимо иметь следующие документы: обменную карту, паспорт, СНИЛС, свой экземпляр Договора, квитанцию об оплате.

4.8. В случае если на дату выписки Потребителя, с ее стороны отсутствуют обоснованные претензии, оформленные в письменной форме, услуги считаются оказанными в полном объеме.

4.9. Для оказания медицинских услуг по настоящему Договору, Исполнитель вправе самостоятельно привлекать третьих лиц (специалистов) соответствующего профиля и квалификации.

**5. СРОК ДЕЙСТВИЯ И УСЛОВИЯ ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА**

5.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента начала фактического выполнения обязательств, принятых Сторонами по настоящему Договору и действует до полного их исполнения.

5.2. Настоящий Договор может быть изменен, либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, либо в одностороннем порядке в соответствии с законодательством РФ в случае нарушения сторонами обязанностей.

5.3. В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается.

5.4. В случае расторжения Договора по инициативе Потребителя (в том числе – в случае отказа Потребителя от получения услуг), он оплачивает Исполнителю расходы, понесенные Исполнителем в действительности при исполнении обязательств по Договору.

5.5. В случае досрочного расторжения Договора стороны руководствуются ст. ст. 781, 782 ГК РФ.

5.6. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору имеют силу только в том случае, если они оформлены в письменном виде и подписаны обеими Сторонами.

**6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

6.1. За неисполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору Исполнитель и Потребитель (Заказчик) несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.2. Исполнитель несет ответственность за оказанные Потребителю «Медицинские услуги», включая сохранение врачебной тайны о факте его обращения за медицинской помощью, о состоянии его здоровья и другие сведения в соответствии с требованиями Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 года № 323-ФЗ.

6.3. Исполнитель не несёт ответственности за качество медикаментов и расходного медицинского материала, приобретённого Потребителем самостоятельно и использованного при лечении без назначения врача.

6.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Потребителем условий настоящего Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

6.5. В случае причинения Потребителем материального ущерба Исполнителю вследствие утраты или порчи имущества, вызванного действиями или бездействиями Потребителя и/или лиц его посещающих, Потребитель обязуется в течение 3 (трех) календарных дней, но не позднее даты выписки, возместить действительный нанесенный ущерб в полном объеме.

6.6. В случае досрочного расторжения Договора по инициативе Потребителя, Потребитель оплачивает Исполнителю фактически оказанные медицинские услуги, а также возмещает фактически понесенные Исполнителем убытки в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.7. Все споры и разногласия, возникшие между Сторонами по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров, а в случае не достижения согласия – в суде, в соответствии с их компетенцией и с учетом условий, предусмотренных настоящим Договором.

6.8. Исполнитель освобождается от ответственности, в случаях осложнений и побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Потребителя, а так же в случае, если Потребитель не проинформировал Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ей аллергических реакциях, противопоказаниях.

6.9. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение услуги, если при той степени заботливости и осмотрительности, какая требовалась от медицинского персонала, он принял все меры для надлежащего исполнения своих обязательств.

6.10. Исполнитель освобождается от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств, вызванных действием непреодолимой силы, возникших после заключения Договора в результате событий чрезвычайного характера, которые соответствующая Сторона Договора не могла ни предвидеть, ни предотвратить разумными мерами (форс-мажор).

К таким событиям чрезвычайного характера относятся: наводнение, пожар, землетрясение, взрыв, шторм, оседание почвы, эпидемии и иные стихийные явления природы, техногенные происшествия, в том числе выход из строя медицинского оборудования, война, военные действия, введение на соответствующей территории чрезвычайного или военного положения, изменение законодательства или иных нормативных актов, регулирующих необходимые условия Договора, иные события непредсказуемого характера, предотвратить которые имеющимися в распоряжении Исполнителя силами и средствами не представлялось возможным.

**7. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

7.1. Исполнитель обязуется охранять информацию о факте обращения Потребителя за оказанием «Медицинской услуги», состоянии ее здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

7.2. С согласия Потребителя или его полномочного представителя (указанного в заявлении) допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Потребителя.

7.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Потребителя или его представителя (указанного в заявлении) допускается в целях обследования и лечения Потребителя, не способной из-за своего состояния выразить свою волю и в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

**8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

8.1. Настоящий Договор составлен в 2 экземплярах (если заключается Заказчиком в 3 экземплярах), которые имеют одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

8.2. Все дополнительные соглашения Сторон и иные приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.

8.3. В соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» Потребитель подтверждает свое согласие на обработку в ОБУЗ «КГКБСМП» своих персональных данных (Приложение № 4 к настоящему Договору).

8.4. *До заключения договора на оказание платных медицинских услуг Потребитель* *ознакомлен с «Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи в Курской области», об условиях и сроках получения бесплатной медицинской помощи. Получив от медицинского работника Исполнителя полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг у Исполнителя, Потребитель согласен на оказание платных медицинских услуг и готов их оплатить.*

8.5.Стороны договорились, что при подписании Договора, всех последующих изменений и дополнений к Договору, стороны вправе использовать факсимильное воспроизведение подписи с помощью средств механического копирования (факсимиле), являющегося аналогом собственноручной подписи.

8.6. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

8.7. К настоящему Договору прилагаются и являются его неотъемлемой частью:

- Приложение № 1 – план оказания платной «Медицинской услуги»

- Приложение № 2 – перечень оказываемых платных услуг

- Приложение № 3 – Информированное добровольное согласие Потребителя на предоставление медицинских услуг на платной основе

- Приложение № 4 - Информированное добровольное согласие Потребителя на обработку персональных данных;

- Приложение № 5 - Уведомление Потребителя о несоблюдении назначений (рекомендаций врача) при оказании платных медицинских услуг;

- Приложение № 6 – заявление о выборе врача-акушера-гинеколога (дублера);

- Приложение № 7 – акт предоставленных платных медицинских услуг.

**Адреса, реквизиты и подписи сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:** | **Потребитель (законный представитель, Заказчик):** |
| **Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи»**  Юридический адрес: 305035, г. Курск,  ул. Пирогова, 14  Тел: (4712) \_\_\_\_\_\_\_  банковские реквизиты:  Получатель: МИНИСТЕРСТВО ФИНАНСОВ  И БЮДЖЕТНОГО КОНТРОЛЯ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ  (ОБУЗ «КГКБСМП», л/с 20446Х21270)  ИНН 4629040157, КПП 463201001, БИК 013807906  Банк: ОТДЕЛЕНИЕ КУРСК БАНКА РОССИИ//УФК  ПО КУРСКОЙ ОБЛАСТИ г. Курск  Казначейский счет 03224643380000004400  Единый казначейский счет 40102810545370000038  E-mail: bsmp46@mail.ru  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  (подпись) ФИО | ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес проживания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  (подпись) ФИО |

Приложение № 1

к договору на оказание

платных медицинских услуг

«Ведение физиологических родов врачом-акушером-гинекологом

(индивидуальное ведение родов врачом-акушером-гинекологом)»

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

**ПЛАН**

**оказания платной «Медицинской услуги»**

В рамках настоящего Договора предоставляются следующие услуги:

- гарантированное наличие места в ОБУЗ «КГКБСМП» в день родов;

- возможность выбора или прикрепления персонального врача-акушера-гинеколога ОБУЗ «КГКБСМП» (далее по тексту - Врача) в дородовом периоде, на период родов и в раннем послеродовом периоде (\*)[[1]](#footnote-1);

- предварительная очная консультация и осмотр Врачом, начиная с 36 недели беременности;

- возможность круглосуточной телефонной связи с Врачом, с целью уведомления его о началах родовой деятельности;

- участие Врача в процессе родоразрешения в составе дежурной бригады ОБУЗ «КГКБСМП»;

- индивидуальные консультации с Врачом, в том числе по грудному вскармливанию в раннем послеродовом периоде (в течение 3 дней после родов) до момента выписки пациентки из акушерского физиологического отделения;

- заключительный осмотр и рекомендации Врача при выписке из ОБУЗ «КГКБСМП»;

- партнерские роды (\*\*)[[2]](#footnote-2).

**Подписи Сторон:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:** | **Потребитель (законный представитель, Заказчик):** |
| **Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи»**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  (подпись) ФИО | ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  (подпись) ФИО |

Приложение № 2

к договору на оказание

платных медицинских услуг

«Ведение физиологических родов врачом-акушером-гинекологом

(индивидуальное ведение родов врачом-акушером-гинекологом)»

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

**Перечень**

**оказываемых платных услуг**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Код услуги** | **Наименование услуги** | **Количество, усл.** | **Сумма, руб.** |
| В01.001.009 | Ведение физиологических родов врачом-акушером-гинекологом (индивидуальное ведение родов врачом-акушером-гинекологом) | 1 |  |

**Подписи Сторон:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:** | **Потребитель (законный представитель, Заказчик):** |
| **Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи»**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  (подпись) ФИО | ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  (подпись) ФИО |

Приложение № 3

к договору на оказание

платных медицинских услуг

«Ведение физиологических родов врачом-акушером-гинекологом

(индивидуальное ведение родов врачом-акушером-гинекологом)»

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

Информированное добровольное согласие Потребителя

на предоставление медицинских услуг на платной основе

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в рамках Договора об оказании платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года:

даю информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг мной в Областном бюджетном учреждении здравоохранения «Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» по адресу: 305035, г. Курск, ул. Пирогова, д.10 и готова их оплатить.

Медицинским работником ОБУЗ «КГКБСМП» в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы получения платных медицинских услуг, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств при получении платных медицинских услуг или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных [ч. 9 ст. 20](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=422434&dst=100263&field=134&date=28.03.2023) Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

- мои права, предусмотренные ст. 19, 21 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Законом Российской Федерации от 07.02.92 № 2300-1 «О защите прав потребителей», Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 г. №736 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

В соответствии с требованиями ст. 20, 22 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 года, я информирована, что необходимым предварительным условием оказания медицинской помощи является получение моего добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство, *а также я имею право отказаться от получения платных медицинских услуг.*

Я ознакомилась с «Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи в Курской области», и информирована об альтернативной возможности получения медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я отказываюсь от бесплатного предоставления медицинских услуг, на выбранные мною из прейскуранта цен на медицинские услуги и подтверждаю свое желание на получение их за плату в Областном бюджетном учреждении здравоохранения «Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи», в соответствии с Договором на предоставление платных медицинских услуг.

Я ознакомлена с перечнем, стоимостью, сроками и условиями оказания и порядком оплаты медицинских услуг, предоставляемых в Областном бюджетном учреждении здравоохранения «Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи»

Я 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 и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а так же, об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должна исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей (специалистов) Исполнителя, немедленно сообщать врачу о любом ухудшения самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно – охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приемов препаратов, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс получения платной услуги и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Мне разъяснено и понятно, что заключение договора на предоставление платных медицинских услуг «Ведение физиологических родов врачом-акушером-гинекологом (индивидуальное ведение родов врачом-акушером-гинекологом)» 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, Исполнитель не несет ответственности за их возникновение.

Я удостоверяю, что текст настоящего информированного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют

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

(ФИО пациентки) Подпись

Сведения о выбранных мной лицах, которым в соответствии с [п. 5 ч. 5 ст. 19](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=422434&dst=608&field=134&date=28.03.2023) Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья

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

Пациентка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.)

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Настоящее соглашение подписано Потребителем после проведения разъяснительной беседы и является приложением к Договору об оказании платных медицинских услуг.

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(Ф.И.О. представителя исполнителя)

Приложение № 4

к договору на оказание

платных медицинских услуг

«Ведение физиологических родов врачом-акушером-гинекологом

(индивидуальное ведение родов врачом-акушером-гинекологом)»

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

**Информированное добровольное согласие Потребителя**

**на обработку персональных данных**

|  |  |
| --- | --- |
| г. Курск, ул. Пирогова, д. 10  «\_\_»\_\_\_\_\_\_202\_\_г. |  |

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата рождения, документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в рамках Договора № \_\_\_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года

В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона "О персональных данных" 152-ФЗ в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку Областным бюджетным учреждением здравоохранения «Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи», расположенный по адресу: 305035, г. Курск, улица Пирогова, д. 10 (далее - Оператор) моих персональных данных или персональных данных, а именно:

фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа, удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета(СНИЛС), мои биометрические данные, сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие на обработку персональных данных Оператором при условии, что обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Оператор имеет право:

- При обработке мои персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчётных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями.

- С целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правами, актами или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иными организациями, при условии, что указанные предоставление передача будет осуществляться с использованием машинных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их приём и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет. По истечению указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я согласна со следящими действиями с моими персональными данными:

1. Обработка моих персональных данных в защищенных в установленном порядке автоматизированных системах персональных данных.

2. Обработка моих персональных данных, защищенных в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании моего личного письменного заявления, в т.ч. и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ф.И.О. Пациентки | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  подпись | |
| Уполномоченный представитель  ОБУЗ «КГКБСМП» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Ф.И.О. должность) | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  подпись |

Приложение № 5

к договору на оказание

платных медицинских услуг

«Ведение физиологических родов врачом-акушером-гинекологом

(индивидуальное ведение родов врачом-акушером-гинекологом)»

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

Уведомление

Потребителя о несоблюдении назначений (рекомендаций врача)

при оказании платных медицинских услуг

В соответствии с пунктом 15 раздела III Постановления Правительства РФ от 11 мая 2023 года N 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», Исполнитель - Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» (ОБУЗ «КГКБСМП»), 305035 г. Курск, ул. Пирогова, д.14, (ОГРН 1034637007778, ИНН 4629040157, КПП 463201001), Лист записи Единого государственного реестра юридических лиц от 21 марта 2023 г., выдан Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы по централизованной обработке данных 21 марта 2023 года, Лицензия на осуществление медицинской деятельности №ЛО41-01147-46/00368659 от 06.08.2020г, уведомляет Потребителя 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.

**Потребитель**ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_года

Приложение № 6

к договору на оказание

платных медицинских услуг

«Ведение физиологических родов врачом-акушером-гинекологом

(индивидуальное ведение родов врачом-акушером-гинекологом)»

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

Главному врачу ОБУЗ «КГКБСМП»

К.Н. Ильченко

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о выборе врача акушера-гинеколога**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. рождения

документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

зарегистрированная по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

проживающая по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

даю согласие на оказания на возмездной основе медицинской услуги «Ведение физиологических родов врачом-акушером-гинекологом (индивидуальное ведение родов врачом-акушером-гинекологом)» ОБУЗ «КГКБСМП»

С участием врача акушера-гинеколога со стороны ОБУЗ «КГКБСМП»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*В случае невозможности участия при родоразрешении прикрепленного врача акушера-гинеколога (болезнь, незапланированный отпуск, увольнение, командировка и иные причины) по рекомендации ОБУЗ «КГКБСМП»:*

Даю согласие на участие врача акушера-гинеколога (дублера)

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

(Ф.И.О. – *подлежит обязательному указанию*)

**Пациентка**ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_года

**Врач акушер-гинеколог**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

**(ФИО) подпись**

**Врач акушер-гинеколог (дублер)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**

**(ФИО) подпись**

Приложение № 7

к договору на оказание

платных медицинских услуг

«Ведение физиологических родов врачом-акушером-гинекологом

(индивидуальное ведение родов врачом-акушером-гинекологом)»

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

АКТ

предоставленных платных медицинских услуг

г. Курск «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ г.

Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Курская городская клиническая больница скорой медицинской помощи», именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с одной стороны и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Ф.И.О. потребителя (заказчика))*

именуемый в дальнейшем Потребитель (Заказчик), с другой стороны, именуемые совместно «Стороны», а по отдельности «Сторона» составили настоящий Акт о том, что в соответствии с Договором на предоставление платных медицинских услуг № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_г. услуги предоставлены Потребителю (Заказчику) в полном объеме.

1. Стоимость предоставленных медицинских услуг составляет \_\_\_\_\_\_\_ руб.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Код услуги | Наименование платной медицинской услуги | Кол-во | Цена 1-й услуги (руб.) | Общая сумма (руб.) |
| В01.001.009 | Ведение физиологических родов врачом-акушером-гинекологом (индивидуальное ведение родов врачом-акушером-гинекологом) |  | 31500 |  |

1. Потребитель (Заказчик) оплатил предоставленные платные медицинские услуги в полном объеме, а Исполнитель надлежащим образом предоставил платные медицинские услуги Потребителю (Заказчику). Претензий по исполнению обязательств по Договору №\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ г. Стороны друг к другу не имеют.
2. Настоящий Акт составлен в 2 (двух) экземплярах, по одному для каждой из Сторон, и вступает в силу с даты его подписания Сторонами.

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель  /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | «Потребитель» (Заказчик)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(Ф.И.О.)*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(подпись) (расшифровка)* |

1. *В случае невозможности участия при родоразрешении выбранного или прикрепленного врача-акушера-гинеколога (болезнь, незапланированный отпуск, увольнение, командировка и иные причины) ОБУЗ «КГКБСМП» оставляет за собой право рекомендовать пациенту другого специалиста соответствующего профиля и квалификации с письменного согласия пациентки* [↑](#footnote-ref-1)
2. *При наличии письменного согласия пациентки, а также с учетом санитарно-эпидемиологической обстановки в регионе* [↑](#footnote-ref-2)