**УТВЕРЖДЕНО**

Приказом главного врача
ГАУЗ СО «КДЦ им. Я.Б. Бейкина»
от «05» апреля 2024 №96п-о
введены в действие с 01.05.2024 г.

# ПОЛОЖЕНИЕ
# О ПОРЯДКЕ И УСЛОВИЯХ
# ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
## В Государственном автономном учреждении здравоохранении Свердловской области
## «Клинико-диагностический центр им. Я.Б. Бейкина»

Настоящее Положение разработано в соответствии с действующим законодательством РФ, в частности, соответствии с Гражданским кодексом РФ, Законом РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей», ФЗ от 11 ноября 2011 года № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу Постановления Правительства Российской Федерации от 04 октября 2012г. №1006».

Положение определяет условия и порядок предоставления платных медицинских услуг (далее платные услуги) государственным автономным учреждением здравоохранения Свердловской области «Клинико-диагностический центр им. Я.Б. Бейкина»» (сокращенно ГАУЗ СО «КДЦ им. Я.Б. Бейкина») (далее - Учреждение) пациентам с целью более полного удовлетворения потребности населения в медицинской помощи, а также привлечения дополнительных финансовых средств для материально-технического развития Учреждения и материального поощрения его работников и является обязательным для исполнения всеми подразделениями Учреждения.

Учреждение зарегистрировано «04» декабря 2012 г., переименовано в ГАУЗ СО «КДЦ им. Я.Б Бейкина» с 10.01.2024 г, находится по юридическому адресу: 620144, г. Екатеринбург, ул. 8 Марта, дом 78-В. Юридический и фактический адреса совпадают.

ОГРН 2126671259900

Лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01021-66/00359912 от «03» декабря 2015 г., выдана Министерством здравоохранения Свердловской области.

Номенклатура работ и услуг:

По адресу 620144, Свердловская область, Екатеринбург, ул. 8 Марта, д. 78в выполняемые работы, оказываемые услуги:

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

акушерскому делу;

лабораторной диагностике;

сестринскому делу;

сестринскому делу в педиатрии;

при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии;

при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

гематологии;

клинической лабораторной диагностике;

лабораторной генетике;

медицинской микробиологии;

организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии.

По адресу 620144, Свердловская область, г. Екатеринбург, ул.Фурманова, д.115а выполняемые работы, оказываемые услуги:

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

акушерскому делу;

гистологии;

лабораторной диагностике;

сестринскому делу;

при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

терапии;

при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности);

гематологии;

клинической лабораторной диагностике;

неврологии;

патологической анатомии;

ультразвуковой диагностике;

эндокринологии;

При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по:

экспертизе временной нетрудоспособности;

экспертизе качества медицинской помощи.

Платные медицинские услуги, оказываемые в ГАУЗ СО «КДЦ», перечислены в Прейскуранте и размещены на информационном стенде и сайте Учреждения.

## 1. Основные понятия

**«исполнитель»** - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги потребителям;

**«заказчик»** - физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;

**«качество медицинской помощи»** - совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата;

**«медицинская помощь»** - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг;

**«медицинская услуга»** - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;

**«медицинское вмешательство»** - выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций;

**«медицинская деятельность»** - профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;

**«медицинская организация»** - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

**«медицинский работник»** - физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности;

**«пациент»** - физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния;

**«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 договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

**«Территориальная программа государственных гарантий** оказания гражданам Российской Федерации, проживающим в Свердловской области, бесплатной медицинской помощи» – программа медицинской помощи населению, оказываемая медицинским учреждением на бесплатной для населения основе и финансируемая из средств государственного бюджета и средств обязательного медицинского страхования (далее - ОМС);

«**полис медицинский страховой»** - страховой документ (ценная бумага), выдаваемый застрахованному, удостоверяющий факт страхования в данной страховой медицинской организации и определяющий объем оказания медицинской помощи в соответствии с договором обязательного или добровольного медицинского страхования.

## 2. Условия предоставления платных медицинских услуг

2.1. Учреждение предоставляет платные медицинские услуги:

- при наличии соответствующих медицинских услуг в «Территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерацииоссийской

Федерации, проживающим в Свердловской области, бесплатной медицинской помощи» (далее Территориальная программа), оказываемых в муниципальных учреждениях по принципу прикрепленного населения, на основе добровольного волеизъявления (желания) пациента или его законных представителей получить услугу платно.

- при предоставлении медицинской помощи лицам, не имеющим права на получение бесплатной медицинской помощи по Территориальной программе;

2.2. Платные услуги предоставляются в виде профилактической и лечебно-диагностической помощи и осуществляются:
- по договорам с физическими (гражданами РФ, иностранцами) и юридическими лицами (предприятиями любых форм собственности, учреждениями, организациями, органами управления здравоохранения);
- по договорам добровольного медицинского страхования.
2.3. При предоставлении платных услуг сохраняется установленный режим работы лечебного Учреждения, а также доступность и качество оказываемой медицинской помощи бесплатно.
2.4. Учреждение не предоставляет платные услуги при состояниях пациента, требующих оказании экстренной медицинской помощи, и при отсутствии заключенного договора на оказание платных медицинских услуг.
2.5. Учреждение не осуществляет в своих процедурных кабинетах медицинские манипуляции (взятии крови из периферической вены, мазков и пр.) у детей младше 3-летнего возраста.

**3. Порядок предоставления платных медицинских услуг**

3.1. При оказании платных услуг Учреждение обеспечивает граждан доступной и достоверной информацией, размещенной для всеобщего ознакомления на информационном стенде Учреждения:
- наименование юридического лица;
- адрес места нахождения юридического лица, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;
- сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности (номер и дата регистрации, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинского Учреждения в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа);
- перечень платных медицинских услуг с указанием цен в рублях;
- сведения об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты;
- порядок и условия предоставления медицинской помощи в соответствии с Территориальной программой;
- сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;
- режим работы Учреждения, график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- адреса и телефоны органов исполнительной власти Свердловской области в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в

сфере здравоохранения и территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

3.2 Перечень платных медицинских услуг утверждается главным врачом Учреждения.

3.3. В число работников, принимающих участие в оказании платных медицинских услуг, могут включаться специалисты из других медицинских учреждений, научно-исследовательских институтов, высших учебных заведений, принимаемые на работу в медицинское учреждение на основании трудовых или гражданско-правовых договоров.

3.4. Оказание платных медицинских услуг штатным персоналом осуществляется в режиме, обеспечивающем и сохраняющем в полном объеме порядок оказания бесплатных медицинских услуг.

**3.1. Порядок оформления документов**

3.1.1. Оказание медицинской помощи в Учреждении осуществляется на основании Договора о предоставлении платных медицинских услуг, дополнительных соглашений и приложений к нему. При заключении договора пациенту (заказчику) предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Территориальной программы. 3.1.2. Для оформления документов на первом приеме необходимо наличие паспорта. За несовершеннолетних детей документы подписывают родители или законные представители. Несовершеннолетние в возрасте от 14 до 18 лет совершают сделки с письменного согласия своих законных представителей (родителей, усыновителей или попечителей)(п.1 ст.26 ГК РФ).

3.1.3. Согласно действующему законодательству (ст. 22 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ») любое медицинское вмешательство возможно только после добровольного информированного согласия пациента на медицинское вмешательство, оформленного письменно. Врачи Учреждения в доступной форме, подробно объясняют пациентам причины их заболеваний и проблем, возможные варианты их дальнейшего развития, суть предлагаемого метода лечения, сроки, возможные риски как при медицинском вмешательстве, так и в случае отказа от него.

Учреждение предлагает пациентам подписать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, либо отказ от предложенной диагностики, лечения или госпитализации.

При отказе пациента подписать информированное согласие на медицинское вмешательство Учреждение имеет право отказать в предоставлении услуги согласно действующему законодательству, за исключением пациентов, нуждающихся в экстренной медицинской помощи по жизненным показаниям (ст. 20 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан РФ»).

3.1.4. По окончании каждого этапа лечения пациентам выдаются исчерпывающие рекомендации. Все свои действия, а также действия пациентов, влияющие на качество оказания им медицинских услуг, работники Учреждения тщательным образом документируют. На каждого пациента заводится медицинская карта амбулаторного больного (форма № 025/у-04). В них регистрируются паспортные данные, исходное состояние, диагноз, ход и результат лечения.

3.1.5. Все полученные в Учреждении или предоставленные пациентами диагностические материалы (лабораторные исследования, рентгеновские снимки, заключения специалистов других медицинских учреждений и т.д.) так же прилагаются к медицинской

карте. Все эти документы являются собственностью Учреждения и хранятся в архиве согласно действующему законодательству.

3.1.6. Сведения, являющиеся по закону врачебной тайной, могут быть сообщены только самому пациенту, доверенным лицам, вписанным в амбулаторную карту пациента и лицам, предоставившим нотариально оформленную доверенность. Допускается предоставление этих сведений без согласия пациентов только по требованию правоохранительных органов, а также в других случаях, предусмотренных законодательством. Адвокату пациента информация, относящаяся к врачебной тайне, предоставляется только по предъявлению доверенности, заверенной нотариусом.

3.1.7. По письменному заявлению пациента работники Учреждения могут подготовить выписку из медицинской карты (эпикриз), какую-либо справку или сделать копию какого-либо документа или карты. В связи с плановой занятостью врачей и администраторов на оказание этих услуг иногда требуется значительное время.

3.1.8. Учреждение выдает пациенту следующие медицинские документы:

- выписку (эпикриз) с указанием диагноза, рекомендаций, назначений;
- результаты лабораторных исследований;
- протокол проведенного диагностического исследования;
- рецепты на рекомендуемые лекарства;
- направления на дополнительные диагностические обследования (при необходимости).

**3.2.Порядок оформления платных медицинских услуг при проведении лабораторных исследований.**

3.2.1. Пациент, изъявивший желание провести лабораторные исследования на платной основе, обращается в регистратуру. Регистратор предоставляет для ознакомления Договор на платные медицинские услуги (приложение 1) и Информированные добровольные согласия (далее ИДС) Приложение 2). Пациент подписывает Договор и ИДС. В случае возникновения вопросов по поводу ИДС, на них отвечает заместитель главного врача по организационно-методической работе.

3.2.2. Пациент получает на руки направления на конкретные исследования и оплачивает эти услуги в кассе.

3.2.3. Кассиром производится денежный расчет с пациентом с применением контрольно-кассовой машины с выдачей документа строгой финансовой отчетности - кассового чека.

3.2.4. Кассовый чек и договор являются основанием для выполнения платных услуг в Учреждении.

3.2.5. Пациент проходит в процедурный кабинет для забора материала.

**3.3. Порядок оформления платных медицинских услуг на консультативном приеме.**

3.3.1. Пациент, имеющий желание получить консультацию врачей-специалистов Учреждения, записывается на прием по тел. 204-71-54, 204-71-64, на прем к гематологу по тел.213-57-31

3.3.2. Пациент приходит в регистратуру за 15-20 минут до назначенного времени. Регистратор предоставляет для ознакомления Договор на платные медицинские услуги, который пациент подписывает.

3.3.3. В регистратуре заводится медицинская карта амбулаторного больного.

3.3.4. Кассиром производится денежный расчет с пациентом с применением контрольно-кассовой машины с выдачей документа строгой финансовой отчетности - кассового чека.

3.3.4. Кассовый чек и договор являются основанием для выполнения платных услуг в Учреждении.

3.3.5. Пациент проходит в кабинет врача на первичную консультацию (прием). Повторной считается консультация при регулярных явках пациента в течение 3-х месяцев. При обращении пациента, превышающем период более чем в 3 месяца, консультация (прием) считается первичной.

## 4. Форма предоставления платных услуг консультативном приеме

4.1. Прием пациентов осуществляется в помещении Учреждения по предварительной записи.

Время работы с 8.00 до 16.00. Выходной день – воскресенье.

Порядок работы в праздничные дни устанавливается приказами главного врача.

График работы специалистов определяется в рабочем порядке. Текущую информацию о работе специалистов, возможности записи на прием и стоимости услуг можно узнать у регистратора в помещении Учреждения или по телефону 204-71-54 или 204-71-64.

4.2. Пациент записывается на необходимые ему медицинские услуги (консультативный прием) предварительно по телефону или лично. Лабораторные исследования проводятся без предварительной записи, по факту обращения пациента в КДЦ.

4.3. День и время приёма пациент выбирает из имеющихся свободных по согласованию с администратором. Пациент является на приём к врачу в назначенное время. Если пациент не может прийти в назначенное время, он должен заранее предупредить об этом администратора, желательно, не менее чем за 24 часа. В случае опоздания пациента более чем на 15 минут, врач имеет право перенести время приема или назначить прием на другой день. В случае непредвиденного отсутствия врача и других чрезвычайных обстоятельств, регистратор предупреждает об этом пациента при первой возможности по контактному телефону, указанному пациентом.

4.4. Пациентам, предположительно находящимся в состоянии алкогольного или наркотического опьянение, обследование и лечение не проводится.

4.5. Приём пациентов до 15 лет осуществляется в присутствии родителей или других законных представителей.

4.6. Пациент заходит в кабинет только по приглашению медицинского персонала. Нахождение сопровождающих пациента лиц в кабинете допускается только с разрешения лечащего врача и при условии выполнения всех его указаний. Во время первичного осмотра врач устанавливает предварительный диагноз, определяет методы, объём, прогноз лечения, о чём подробно информирует пациента. Также пациент предупреждается о возможных осложнениях в процессе и после лечения. Результаты осмотра фиксируются в медицинской документации, где пациент делает письменную отметку о согласии с предложенным планом лечения.

4.7. В случае необходимости пациент может быть направлен в другое медучреждение для проведения специальных исследований, процедур или операций. В этом случае врачи выписывают соответствующее направление и/или медицинское заключение.

4.8. Лечащий врач по согласованию с администрацией центра может отказаться от наблюдения и лечения пациента в случаях несоблюдения пациентом Положения о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг в КДЦ, Правил

поведения пациентов в КДЦ, нарушения этических норм поведения в общественных местах, унижения чести и достоинства сотрудников больницы.

## 5. Качество предоставляемых услуг

5.1. Медицинская услуга считается оказанной качественно при условии, что медицинским персоналом была строго соблюдена технология ее оказания, при отсутствии осложнений, возникших в результате проведения услуги.

5.2. Осложнения, наступившие после оказания медицинской услуги в случае несоблюдения (нарушения) пациентом рекомендаций, данных врачом-специалистом (предписанный режим, временные ограничения в выборе продуктов питания, назначенные препараты, режим физической и солнечной активности и т.д.) не являются показателем плохого качества услуги и основанием для претензий к Учреждению.

5.3. Возможные дискомфорты, вызванные спецификой медицинских методик (технологий), являясь нормальной реакцией организма на физическое вмешательство или химическое воздействие препаратов, которые проходят в течение разумного срока и о которых пациент был заранее предупрежден специалистом, не являются показателем плохого качества услуги и основанием для претензий к Учреждению.

5.4. Необходимым условием для обеспечения качества предоставляемых медицинских услуг является точное соблюдение и выполнение пациентом всех предписаний и рекомендаций врача, выполнение предписанного режима, при необходимости соблюдения определенного режима питания, перед лабораторно-диагностическим исследованием -выполнение требований преданалитической подготовки.

## 6. Порядок оплаты платных услуг

6.1. Цены на платные услуги устанавливаются в соответствии с действующим законодательством.

6.2. Согласование и утверждение цен (тарифов) на платные услуги осуществляются в установленном законодательством порядке.

6.3. Пациент оплачивает лечение в размере 100 % за планируемые в данное посещение услуги, по расценкам действующего на момент оплаты Прейскуранта.

6.3. Оплата платных услуг производится путем безналичных расчетов через учреждения банков или путем внесения наличных денег в кассу Учреждения с выдачей пациенту документа, подтверждающего оплату (кассового чека)

6.4. По требованию лица, оплатившего услуги, Учреждения в течение 3-х рабочих дней выдает "Справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы РФ" установленной формы.

## 7. Бухгалтерский учет и отчетность

7.1. Бухгалтерский учет и отчетность ведутся раздельно по основной и дополнительной деятельности.

7.2. Денежные средства, поступающие от оказания платных услуг, подлежат налогообложению в соответствии с действующим законодательством.

7.3. Оплата труда работников, занятых оказанием платных медицинских услуг, производится на основании "Положения об оплате труда работников, занятых оказанием

платных медицинских услуг", утверждаемого главным врачом Учреждения, с учетом индивидуального вклада сотрудников, участвующих в процессе оказания платных медицинских услуг, в том числе административному и содействующему персоналу, способствующему развитию платных медицинских услуг.

## 8. Ответственность при предоставлении платных услуг

8.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации Учреждение несет ответственность перед потребителем за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Положения и/или договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента.

8.2. Потребители, пользующиеся платными медицинскими услугами, вправе предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением настоящего Положения и/или договора.

8.3. Учреждение освобождается от ответственности (ч.2 п.1 ст.401 Гражданского Кодекса РФ) за неисполнение или ненадлежащее исполнение платных медицинских услуг, если при той степени заботливости и осмотрительности, какая требовалась от медицинского персонала, были приняты все меры для надлежащего исполнения своих обязательств.

8.4. Учреждение освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы (наводнения, землетрясения, военные действий, эпидемии и т.п.).

## 9. Контроль за предоставлением платных медицинских услуг

Контроль за организацией работы по оказанию платных медицинских услуг и качеством выполнения Учреждением платных медицинских услуг населению, ценами и порядком взимания денежных средств с населения осуществляет Министерство здравоохранения Свердловской области, а также другие государственные организации, на которые в соответствии с законами и иными правовыми актами федерального и регионального уровня возложена проверка деятельности медицинских учреждений.

## 10. Дополнительная информация

Очень важно осознание такого факта, что все вместе: высокая квалификация врачей, техническая оснащенность центра, применение новейших методов диагностики и лечения и т.д. все же недостаточно для получения наилучшего результата при оказании медицинской услуги.

**Требуется активное участие самого пациента и без этого медицинская услуга не может обеспечить в 100 % случаев положительный результат и прогноз.**

Администрация Учреждения настоятельно просит пациентов неукоснительно соблюдать настоящее Положение.

**Приложение 1**

КДЦ

**ДОГОВОР № _____**

на предоставление платных услуг

Екатеринбург дата

Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области «Клинико-диагностический центр им. Я.Б. Бейкина", именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице администратора консультативного отделения _____, действующего на основании доверенности № _____ от _____, с одной стороны, и _____ именуемый(ая) в дальнейшем "Заказчик", с другой стороны, совместно именуемые "Стороны", заключили настоящий Договор о нижеследующем:

## 1. ОСНОВНЫЕ СВЕДЕНИЯ ОБ ИСПОЛНИТЕЛЕ

Свидетельство о внесении записи в Единый Государственный реестр юридических лиц №2126671275091 от 28 декабря 2012г., выдано Инспекцией Федеральной налоговой службы по Ленинскому району г.Екатеринбурга.

Лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01021-66/00359912 от «03» декабря 2015 г. выдана Министерством здравоохранения Свердловской области, расположенного по адресу: г.Екатеринбург, ул.Вайнера, 34Б, телефон: (343)270-18-18.

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): 1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу; гистологии; лабораторной диагностике; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; 2) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; организации здравоохранения и общественному здоровью; 4) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий); неврологии; патологической анатомии; ультразвуковой диагностике; эндокринологии; бактериологии; вирусологии; гематологии; клинической лабораторной диагностике; лабораторной генетике; организации здравоохранения и общественному здоровью. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие раб

оты (услуги): 3) при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе временной нетрудоспособности.

## 2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. По настоящему договору Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется оказать на возмездной основе медицинские услуги в соответствии с Приложением к настоящему Договору. Заказчик добровольно принимает на себя обязательство оплатить оказанные Услуги в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором.

При заключении договора потребителю (заказчику) предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - соответственно программа, территориальная программа) в лечебно-профилактическом учреждении по месту жительства.

**Потребителями** по данному Договору являются:

| ФИО потребителя | Дата рожд. | Адрес места жительства | Конт. телефон |
|---|---|---|---|
| | | | |

**Недееспособными Потребителями** по данному Договору являются:

| ФИО недееспособного потребителя | Дата рожд. | Адрес места жительства | Конт. телефон |
|---|---|---|---|
| | | | |

Законным представителем недееспособного Потребителя является Заказчик.

**Заказчик: Мною прочитано, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.**

**ФИО /_____✓**

## 3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Потребитель (заказчик) обязуется:

3.1.1. в течение 10 (десять) календарных дней с момента заключения настоящего договора направить «Исполнителю» материал для исследования; в случае невыполнения данного обязательства по истечении 10-ти дней потребитель (заказчик) ознакомлен, что цена может быть изменена.

3.1.2. оплачивать стоимость предоставляемых медицинских услуг согласно утвержденному Исполнителем Прейскуранту цен, в сроки и в порядке, определенные настоящим Договором.

3.1.3. информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;

3.1.4. выполнять все рекомендации медицинского персонала и третьих лиц, оказывающих ему по настоящему Договору медицинские услуги, в том числе соблюдать указания медицинского учреждения, предписанные на период после оказания услуг.

3.1.5. соблюдать правила поведения пациентов в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения.

3.2. Потребитель (заказчик) имеет право:

3.2.1. получать квалифицированные медицинские услуги;

3.2.2. получать полные и всесторонние разъяснения о характере проводимых манипуляций и возможных неблагоприятных последствиях в результате их проведения;

3.2.3. на получение полных и достоверных сведений, предусмотренных Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

3.3. Исполнитель обязан:

3.3.1. предоставлять на платной основе качественно и в полном объеме оказанные медицинские услуги.

3.4. Исполнитель имеет право:

3.4.1. проводить лабораторные исследования в соответствии с Методиками проведения лабораторных исследований

## 4. ЦЕНА ПЛАТНОЙ УСЛУГИ

4.1. Цена услуги устанавливается в соответствии с утвержденным Исполнителем Прейскурантом цен, с которым Заказчик ознакомлен до заключения Договора. Цена указана в рублях в Приложении №1 к настоящему Договору.

4.2. Оплата медицинских услуг производится Заказчиком в порядке 100% предоплаты в наличной форме или безналичной форме в кассу Исполнителя.

4.3. В случае оплаты чужой банковской картой, Исполнитель не сможет предоставить Справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы Российской Федерации. Справка предоставляется Заказчику, производившему оплату медицинских услуг.

## 5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Стороны несут ответственность друг перед другом за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора в соответствии с действующим законодательством.
5.2. До заключения договора потребитель (заказчик) уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе несоблюдения правил подготовки и взятия биологического материала могут повлиять на достоверность результата анализа
5.3. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение обязательств или за ненадлежащее исполнение обязательств, если докажет, что неисполнение обязательств или их ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы или нарушения потребителем установленных правил оказания услуг - невыполнение потребителем (заказчиком) рекомендаций медицинской сестры (врача), не предоставление сведений обо всех неблагоприятных последствиях и осложнениях, возникавших ранее при проведении манипуляций (обморок, аллергические реакции и пр.), несоблюдение правил преаналитического этапа лабораторного исследования.

## 6. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

6.1. Сроки предоставления услуг определяются индивидуально на каждую услугу, согласно Перечню, с которым потребитель (заказчик) ознакомлен, максимальный срок выдачи результатов анализа составляет 30 (тридцать) рабочих дней.
6.2. Услуги должны быть оказаны качественно и в полном объеме.

## 7. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

7.1. Исполнитель обязуется не разглашать информацию о факте обращения Потребителя за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании.
7.2. С согласия Потребителя или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, лицам, указанным Потребителем или его законным представителем в Информированном добровольном согласии.
7.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Потребителя или его законного представителя, допускается в случаях, установленных ст. 13 ФЗ от 21 ноября 2011 г. № 323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации».
7.4. В соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» Заказчик дает свое согласие Исполнителю на обработку персональных данных (сбор, систематизация, накопление, хранение, уничтожение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача) в порядке, установленном законодательством РФ, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, иные действия) с целью оказания медицинских услуг и осуществления иных, связанных с этим мероприятий. Заказчик и Потребитель осведомлены и согласны, что обработка персональных данных возможна, как с использованием автоматизации и систем видеоконтроля, так и без использования таких средств.

**Заказчик: Настоящее согласие дано мной и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать мое согласие, которое может быть направлено в письменном виде в адрес Исполнителя.**

**ФИО** _____✓

## 8. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

8.1. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон. (п.1 ст.452 ГК РФ)
8.2. Заказчик и (или) Потребитель вправе отказаться от исполнения договора об оказании услуг в любое время при условии оплаты исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.
8.3. Исполнитель имеет право на расторжение настоящего договора в судебном порядке. (п.2 ст. 450 ГК РФ)
8.4. Все изменения и дополнения к настоящему договору считаются действительными, если они совершены в письменном виде и подписаны надлежащим образом.

## 9. СРОКИ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

9.1. Договор вступает в силу со дня подписания его обеими сторонами и действует в течение 3 (трех) месяцев с момента подписания.
9.2. Все споры и разногласия, возникшие при исполнении настоящего договора, могут решаться путем переговоров.
9.3. В случае невозможности решения разногласий путем переговоров, спор подлежит рассмотрению в соответствии с действующим законодательством РФ.

## 10. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

10.1. Договор составляется в нескольких экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Заказчика, следующие – у Потребителей (по одному экземпляру на совершеннолетнего потребителя). В случае если Заказчик и Потребитель – одно лицо, договор составляется в двух экземплярах. Все экземпляры имеют одинаковую юридическую силу.

## 11. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

**Исполнитель:**
Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области
«Клинико-диагностический центр им. Я.Б. Бейкина»
ГАУЗ СО «КДЦ им. Я.Б. Бейкина» (сокращенное наименование)
Адрес местонахождения: 620144,Свердловская обл., г.Екатеринбург, ул. 8 Марта,78В
Тел.:(343)2047134, факс (343) 2047134 (доб.559)
ИНН 6661028380 КПП 667101001
Получатель: Министерство финансов Свердловской области (Государственное автономное учреждение здравоохранения Свердловской области "Клинико-диагностический центр город Екатеринбург", л.с. 33013912560)
Казначейский счёт № 03224643650000006200
Банк получателя: Уральское ГУ Банка России//УФК по Свердловской области г. Екатеринбург; БИК 016577551
Счёт № 40102810645370000054

**Заказчик:**
**ФИО**

Проживающий по адресу:
Паспорт
выдан
дата выдачи
Телефон:

**Администратор ГАУЗ СО «КДЦ им. Я.Б. Бейкина»:**

_____
**(по доверенности)**

**ФИО** _____✓

**Заказчик: Текст договора на предоставление платных медицинских услуг мною прочитан, с информацией, правами, обязанностями и ответственностью, указанными в Договоре, согласен(а), полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют. Экземпляр договора получил(а).**

**ФИО** _____✓

# Приложение 2

Приложение № 2 к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации от 20.12.2012 № 1177н

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи**

Екатеринбург дата

Я, _____,
_____ года рождения, зарегистрированный по адресу:_____
_____,
даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082), для получения первичной медико-санитарной помощи в ГАУЗ СО «КДЦ им. Я.Б. Бейкина».

Медицинским работником _____
(должность,Ф.И.О.медицинского работника)
в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья _____
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

## Информация для пациента о взятии крови из периферической вены

Взятие крови из периферической вены (далее - венепункция) – это прокол стенки венозного сосуда с целью забора необходимого количества крови для проведения выбранных пациентом, либо согласованных с ним лабораторных исследований.

Альтернативного способа забора венозной крови, т. е. без проведения венепункции, нет.

Венепункция проводится в процедурном кабинете медицинской сестрой в условиях надлежащей чистоты и асептики (асептика – комплекс мероприятий, направленных на предотвращение попадания микроорганизмов в организм пациента) с использованием полностью одноразового стерильного инструментария и расходных материалов. При проведении венепункции и заборе крови возможны незначительные болевые ощущения в момент прокола вены и в момент присоединения к игле вакуумной пробки.

Пациент должен знать и понимать, что даже при наивысшей степени аккуратности и осмотрительности проведения процедуры, при венепункции возможно травмирование стенки сосуда с ее полным проколом, в результате чего происходит попадание крови в окружающие ткани и образуется гематома (синяк). В данной ситуации венепункцию прекращают и проводят забор из другой вены. А на область гематомы (синяка) накладывают тугую повязку. Для полного восстановления стенки сосуда и исчезновения признаков гематомы необходимо продолжительное время.

Кроме того, для предотвращения появления гематомы (синяка) после проведения венепункции пациенту рекомендуется в течение 15 минут держать руку согнутой в локтевом суставе, оставляя шарик со спиртом в месте проведения инъекции.

ДАТА

**Администратор ГАУЗ СО "КДЦ им. Я.Б. Бейкина"**
_____

**ФИО пациента** _____✓

Приложение № 2 к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации от 20.12.2012 № 1177н

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи**

Екатеринбург дата

Я, _____,
_____ года рождения, зарегистрированный по адресу:_____
_____,
даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082), для получения первичной медико-санитарной помощи в ГАУЗ СО «КДЦ им. Я.Б. Бейкина»..

Медицинским работником _____
(должность,Ф.И.О.медицинского работника)
в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья _____
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

**Информация для пациента**
**о взятии биологического материала из мочеполовых органов (мазок, соскоб)**

Взятие биологического материала из мочеполовых органов (далее – биоматериала) – это забор небольшого количества, отделяемого со слизистой оболочки мочеполовых органов (мазок), либо небольшого количества поверхностных клеток слизистой (соскоб).

Мочеполовыми органами, откуда берется биоматериал для мазка либо соскоба является: у женщин – влагалище, шейка матки, канал шейки матки, мочеиспускательный канал; а у мужчин – мочеиспускательный канал. В дальнейшем биоматериал наносится на предметное стекло, либо питательные среды. Забор биоматериала проводится исключительно с целью проведения лабораторного исследования. Для получения достоверных результатов исследования за сутки до проведения процедуры забора рекомендуется исключить половые контакты, спринцевание или применение любых вагинальных препаратов (вагинальные кремы, свечи). За 2-3 часа перед взятием соскоба дл я исследования не рекомендуется мочиться.

Взятие мазка или соскоба проводится в манипуляционном гинекологическом кабинете медицинской сестрой, либо врачом, в условиях надлежащей чистоты и асептики (асептика – комплекс мероприятий, направленных на предотвращение попадания микроорганизмов в организм пациента) с использованием полностью одноразового стерильного инструментария и расходных материалов. При взятии материала даже при наивысшей степени осмотрительности и аккуратности проведения процедуры, при заборе биоматериала в крайне редких случаях возможно травмирование мочеполовых органов, их инфицирование аутофлорой (собственной флорой, содержащейся в мочеполовых органах).

Процедура забора биоматериала практически безболезненна, но могут быть некоторые дискомфортные ощущения, а также в ряде случаев психоэмоциональный дискомфорт.

дата

**Администратор ГАУЗ СО "КДЦ им. Я.Б. Бейкина"**
_____

**ФИО пациента** _____✓

Приложение № 2 к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации от 20.12.2012 № 1177н

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи**

Екатеринбург дата

Я, _____,
_____ года рождения, зарегистрированный по адресу:_____
_____,
даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082), д ля получения первичной медико-санитарной помощи в ГАУЗ СО «КДЦ им. Я.Б. Бейкина».

Медицинским работником _____
(должность,Ф.И.О.медицинского работника)
в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья _____
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

**Информация для пациента**
**о проведении взятия биологического материала**
**(слюны, мочи, кала, отделяемого зева, носа, конъюнктивы глаза и пр.)**

Взятие биологического материала (слюны, мочи, кала, отделяемого конъюнктивы глаза, раны и пр.) необходимо исключительно для проведения выбранных потребителем, либо согласованных с ним лабораторных исследований.

Взятие некоторых видов биологического материала проводится в процедурном кабинете медицинской сестрой, либо врачом, в условиях надлежащей чистоты и асептики (асептика – комплекс мероприятий, направленных на предотвращение попадания микроорганизмов в организм пациента) с использованием полностью одноразового стерильного инструментария и расходных материалов.

Сбор мочи, кала осуществляется самостоятельно в домашних условиях в рекомендованные либо выданные емкости (в зависимости от проводимых исследований). От правильности самостоятельного сбора биологического материала зависит получение достоверных результатов лабораторного исследования.

Потребитель обязан поставить в известность врача (медицинскую сестру) обо всех неблагоприятных последствиях и осложнениях, возникавших ранее при проведении ему манипуляций (обморок, аллергические реакции и пр.).

дата

**Администратор ГАУЗ СО "КДЦ им. Я.Б. Бейкина"**
_____

**ФИО пациента** _____✓

Приложение № 2 к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации от 20.12.2012 № 1177н

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи**

Екатеринбург дата

Я, _____,
года рождения, _____.
Адрес: _____,
паспорт: _____, выданный _____г.,
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____,
_____ г.р., даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082), для получения первичной медико-санитарной помощи в ГАУЗ СО «КДЦ им. Я.Б. Бейкина».

Медицинским работником _____
(должность,Ф.И.О.медицинского работника)
в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).
Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии здоровья лица, представителем которого я являюсь.
_____
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

**Информация для пациента**
**о взятии крови из периферической вены**

Взятие крови из периферической вены (далее - венепункция) – это прокол стенки венозного сосуда с целью забора необходимого количества крови для проведения выбранных пациентом, либо согласованных с ним лабораторных исследований.

Альтернативного способа забора венозной крови, т. е. без проведения венепункции, нет.

Венепункция проводится в процедурном кабинете медицинской сестрой в условиях надлежащей чистоты и асептики (асептика – комплекс мероприятий, направленных на предотвращение попадания микроорганизмов в организм пациента) с использованием полностью одноразового стерильного инструментария и расходных материалов. При проведении венепункции и заборе крови возможны незначительные болевые ощущения в момент прокола вены и в момент присоединения к игле вакуумной пробки.

Пациент должен знать и понимать, что даже при наивысшей степени аккуратности и осмотрительности проведения процедуры, при венепункции возможно травмирование стенки сосуда с ее полным проколом, в результате чего происходит попадание крови в окружающие ткани и образуется гематома (синяк). В данной ситуации венепункцию прекращают и проводят забор из другой вены. А на область гематомы (синяка) накладывают тугую повязку. Для полного восстановления стенки сосуда и исчезновения признаков гематомы необходимо продолжительное время.

Кроме того, для предотвращения появления гематомы (синяка) после проведения венепункции пациенту рекомендуется в течение 15 минут держать руку согнутой в локтевом суставе, оставляя шарик со спиртом в месте проведения инъекции.

дата

**Администратор ГАУЗ СО "КДЦ им. Я.Б. Бейкина"**
_____

**ФИО пациента** _____✓

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи**

Екатеринбург

Я, _____,
_____года рождения,
Адрес: _____,
паспорт: _____, выданный _____г.,
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____, _____ г.р.,
даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082), для получения первичной медико-санитарной помощи в ГАУЗ СО «КДЦ им. Я.Б. Бейкина».

Медицинским работником _____
(должность,Ф.И.О.медицинского работника)
в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).
Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии здоровья лица, представителем которого я являюсь.

_____
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

**Информация для пациента**
**о взятии биологического материала из мочеполовых органов (мазок, соскоб)**

Взятие биологического материала из мочеполовых органов (далее – биоматериала) – это забор небольшого количества отделяемого со слизистой оболочки мочеполовых органов (мазок), либо небольшого количества поверхностных клеток слизистой (соскоб).

Мочеполовыми органами, откуда берется биоматериал для мазка либо соскоба является: у женщин – влагалище, шейка матки, канал шейки матки, мочеиспускательный канал; а у мужчин – мочеиспускательный канал. В дальнейшем биоматериал наносится на предметное стекло, либо питательные среды. Забор биоматериала проводится исключительно с целью проведения лабораторного исследования. Для получения достоверных результатов исследования за сутки до проведения процедуры забора рекомендуется исключить половые контакты, спринцевание или применение любых вагинальных препаратов (вагинальные кремы, свечи). За 2-3 часа перед взятием соскоба дл я исследования не рекомендуется мочиться.

Взятие мазка или соскоба проводится в манипуляционном гинекологическом кабинете медицинской сестрой, либо врачом, в условиях надлежащей чистоты и асептики (асептика – комплекс мероприятий, направленных на предотвращение попадания микроорганизмов в организм пациента) с использованием полностью одноразового стерильного инструментария и расходных материалов. При взятии материала даже при наивысшей степени осмотрительности и аккуратности проведения процедуры, при заборе биоматериала в крайне редких случаях возможно травмирование мочеполовых органов, их инфицирование аутофлорой (собственной флорой, содержащейся в мочеполовых органах).

Процедура забора биоматериала практически безболезненна, но могут быть некоторые дискомфортные ощущения, а также в ряде случаев психоэмоциональный дискомфорт.

#DAT#

**Администратор ГАУЗ СО "КДЦ им. Я.Б. Бейкина"**
_____

**ФИО пациента** _____✓

В ГАУЗ СО «КДЦ им. Я.Б. Бейкина»

## Согласие
## на обработку персональных данных

Я, _____, _____ года рождения,
проживающий по адресу:_____
паспорт:_____ выдан _____,
руководствуясь ст. 9, ст. 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных", даю согласие Государственному автономному учреждению здравоохранения Свердловской области «Клинико-диагностический центр город Екатеринбург» (далее – ГАУЗ СО «КДЦ») (ОГРН 1026605247415, ИНН 6661028380), зарегистрированному по адресу: 620144, г. Екатеринбург, ул. 8 Марта, 78В (далее – Оператор) в целях оказания мне медицинских услуг по договору и осуществления иных, связанных с этих мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, адрес места прописки, номер телефона, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС, страховой номер индивидуального лицевого счета (далее – СНИЛС), идентификационный номер налогоплательщика (далее – ИНН), электронную почту, сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях - в целях оказания медицинских услуг по договору и осуществления иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора.

Предоставляю Оператору право осуществлять:

– обработку персональных данных (сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом;

– передачу персональных данных иным организациям с целью выполнения обязательств Оператора, предусмотренных нормативными правовыми актами Российской Федерации или договорами при условии, что передача будет осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Настоящее согласие дано мной #DAT# г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской помощи.

_____ / ФИО пациента

Согласие получено «____» _____ 20___ г. Уполномоченный представитель ГАУЗ СО «КДЦ им. Я.Б. Бейкина»: _____/ )ФИО)

В ГАУЗ СО «КДЦ им. Я.Б. Бейкина»

Согласие
на обработку персональных данных

Я, _____, _____ года рождения,
проживающий по адресу:_____
паспорт:_____ выдан _____
**являюсь законным представителем** (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:
_____, _____ г.р., далее «**Потребитель**»,
руководствуясь ст. 9, ст. 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных", даю согласие Государственному автономному учреждению здравоохранения Свердловской области «Клинико-диагностический центр город Екатеринбург» (далее – ГАУЗ СО «КДЦ») (ОГРН 1026605247415, ИНН 6661028380), зарегистрированному по адресу: 620144, г. Екатеринбург, ул. 8 Марта, 78В (далее – Оператор) в целях оказания Потребителю медицинских услуг по договору и осуществления иных, связанных с этих мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора на обработку персональных данных Потребителя, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, адрес места прописки, номер телефона, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС, страховой номер индивидуального лицевого счета (далее – СНИЛС), идентификационный номер налогоплательщика (далее – ИНН), электронную почту, сведения о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях - в целях оказания медицинских услуг по договору и осуществления иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора.

Предоставляю Оператору право осуществлять:

– обработку персональных данных (сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом;

– передачу персональных данных иным организациям с целью выполнения обязательств Оператора, предусмотренных нормативными правовыми актами Российской Федерации или договорами при условии, что передача будет осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Настоящее согласие дано мной #DAT# г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской помощи.

_____ / ФИО пациента

Согласие получено «____» _____ 20___ г. Уполномоченный представитель ГАУЗ СО «КДЦ им. Я.Б. Бейкина»: _____/ )ФИО)

**Информированное добровольное согласие**
**на проведение обследования на ВИЧ-инфекцию**

Екатеринбург

Я, _____,
_____года рождения, настоящим подтверждаю, что на основании предоставленной мною информации, свободно и без принуждения, отдавая отчет о последствиях обследования, принял решение пройти тестирование на антитела к ВИЧ

Для этой цели я соглашаюсь сдать анализ крови.

Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему важно пройти тестирование на ВИЧ, как проводится тест и какие последствия может иметь тестирование на ВИЧ.

Я проинформирован,что:

- тестирование на ВИЧ проводится в Центре СПИД и других медицинских учреждениях. Тестирование по моему добровольному выбору может быть добровольным анонимным (без предъявления документов и указания имени) или конфиденциальным (при предъявлении паспорта, результат будет известен обследуемому и лечащему врачу). В государственных медицинских учреждениях тестирование на ВИЧ проводится бесплатно;
- Доказательством наличия ВИЧ-инфекции является присутствие антител к ВИЧ в крови обследуемого лица. Вместе с тем, в период между заражением и появлением антител к ВИЧ (так называемое – серонегативное окно, обычно 3 месяца) при тестировании не обнаруживаются антитела к ВИЧ и обследуемое лицо может заразить других лиц;
- ВИЧ-инфекция передается только тремя путями:
    1. Парентеральный – чаще всего при употреблении наркотиков, но может передаваться при использовании нестерильного медицинского инструментария, переливании компонентов крови, нанесении татуировок, пирсинге зараженным инструментом, использовании чужих бритвенных и маникюрных принадлежностей;
    2. При сексуальных контактах без презерватива
    3. От инфицированной ВИЧ матери к ребенку во время беременности, родов и при грудном вскармливании

дата

**Администратор ГАУЗ СО "КДЦ им. Я.Б. Бейкина"**

_____

**Обследуемый на ВИЧ**

**ФИО**_____✓

**Информированное добровольное согласие**
**на проведение обследования на ВИЧ-инфекцию**

Екатеринбург

Я, _____, _____ г.р.,
проживающий(ая) по адресу: _____,
паспорт: _____, выданный _____г.,
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____,
_____ г.р., далее «Обследуемый»

Настоящим подтверждаю, что на основании предоставленной мною информации, свободно и без принуждения, отдавая отчет о последствиях обследования, принял решение провести Обследуемому тестирование на антитела к ВИЧ

Для этой цели я соглашаюсь сдать анализ крови Обследуемого.

Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему важно пройти тестирование на ВИЧ, как проводится тест и какие последствия может иметь тестирование на ВИЧ.

Я проинформирован,что:

- тестирование на ВИЧ проводится в Центре СПИД и других медицинских учреждениях. Тестирование по моему добровольному выбору может быть добровольным анонимным (без предъявления документов и указания имени) или конфиденциальным (при предъявлении паспорта, результат будет известен обследуемому и лечащему врачу). В государственных медицинских учреждениях тестирование на ВИЧ проводится бесплатно;
- Доказательством наличия ВИЧ-инфекции является присутствие антител к ВИЧ в крови обследуемого лица. Вместе с тем, в период между заражением и появлением антител к ВИЧ (так называемое – серонегативное окно, обычно 3 месяца) при тестировании не обнаруживаются антитела к ВИЧ и обследуемое лицо может заразить других лиц;
- ВИЧ-инфекция передается только тремя путями:
    1. Парентеральный – чаще всего при употреблении наркотиков, но может передаваться при использовании нестерильного медицинского инструментария, переливании компонентов крови, нанесении татуировок, пирсинге зараженным инструментом, использовании чужих бритвенных и маникюрных принадлежностей;
    2. При сексуальных контактах без презерватива
    3. От инфицированной ВИЧ матери к ребенку во время беременности, родов и при грудном вскармливании

дата

**Администратор ГАУЗ СО "КДЦ им. Я.Б. Бейкина"**
_____

**Законный представитель Обследуемого на ВИЧ**
**ФИО** _____

Приложение № 2 к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации от 20.12.2012 № 1177н

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи**

Екатеринбург дата

Я, _____,
_____года рождения, зарегистрированный по адресу: _____
_____,
даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082), для получения первичной медико-санитарной помощи в ГАУЗ СО «КДЦ им. Я.Б. Бейкина».

Медицинским работником _____
(должность,Ф.И.О.медицинского работника)
в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья _____
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

## Информация для пациента о проведении консультаций врача.

Врачебная консультация – это обсуждение вопроса, касающегося здоровья пациента с врачом, являющимся специалистом в конкретной области медицины. В ходе консультации по своему усмотрению врач, может произвести опрос потребителя с целью получения необходимой информации о его жизни и здоровье (сбор анамнеза), визуальный осмотр потребителя, прощупывание (пальпация) потребителя, простукивание (перкуссия) его внутренних органов, обследование с помощью прослушивания звуков фонендоскопом (аускультацию), тонометра (измерение артериального давления), термометра (измерение температуры тела) и прочее. При окончании консультации потребителю будет дано заключение врача, отражающее его профессиональное мнение: предварительный или окончательный диагноз, дальнейший план обследования, лечения и прочее по усмотрению врача. Консультация не принесет потребителю никакой физической боли. Однако, сведения, полученные от врача о состоянии его здоровья, в ряде случаев могут оказать некоторое психическое влияние, при этом врач предпримет все меры, чтобы оно было минимально. Потребителю могут быть рекомендованы повторные консультации врача, при этом дополнительного оформления и подписания потребителем «Информационного добровольного согласия на проведение консультации врача» не требуется. Потребитель обязан поставить в известность врача обо всех проблемах, связанных с его здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных им и известных ему травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на него во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Потребитель обязан сообщить врачу правдивые сведения о своей наследственности, а также об употреблении им алкоголя, наркотических и токсических средств.

дата

**Администратор ГАУЗ СО "КДЦ им. Я.Б. Бейкина"**
_____

**ФИО пациента** _____✓

Приложение № 2 к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации от 20.12.2012 № 1177н

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи**

Екатеринбург дата

Я, _____,
_____года рождения, зарегистрированный по адресу: _____
_____,
даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082), для получения первичной медико-санитарной помощи в ГАУЗ СО «КДЦ им. Я.Б. Бейкина».

Медицинским работником _____
(должность,Ф.И.О.медицинского работника)
в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья _____
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

## Информация для пациента об ультразвуковом обследовании (УЗИ).

Ультразвуковое исследование (УЗИ) использует ультразвуковые волны высокой частоты для создания изображения тканей и органов. УЗИ является самым доступным и эффективным методом в диагностике многих заболеваний. Метод позволяет выявить различные нарушения органов и систем, что помогает поставить правильный диагноз или принять решение о необходимости дальнейшего обследования или необходимости лечения. Пациент вправе отказаться от проведения УЗИ, в том числе во время его проведения. В этом случае ему необходимо незамедлительно повторно обратиться к лечащему врачу с целью коррекции назначенного обследования и лечения. Пациент обязан поставить в известность врача обо всех неблагоприятных последствиях и осложнениях (в том числе об аллергических проявлениях и (или) индивидуальной непереносимости препаратов), возникавших ранее при проведении ему ультразвукового исследования и других подобных исследований.

дата

**Администратор ГАУЗ СО "КДЦ им. Я.Б. Бейкина"**
_____

**ФИО пациента** _____✓

Приложение № 2 к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации от 20.12.2012 № 1177н

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи**

Екатеринбург

Я, _____, _____г.р.,
проживающий(ая) по адресу: _____,
паспорт: _____, выданный _____г.,
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____,
_____г.р., и даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082), для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь, в ГАУЗ СО «КДЦ им. Я.Б. Бейкина».

Медицинским работником _____
(должность,Ф.И.О.медицинского работника)
в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь

_____
(Ф.И. О. гражданина, контактный телефон)

## Информация для пациента о проведении консультаций врача.

Врачебная консультация – это обсуждение вопроса, касающегося здоровья пациента с врачом, являющимся специалистом в конкретной области медицины. В ходе консультации по своему усмотрению врач, может произвести опрос потребителя с целью получения необходимой информации о его жизни и здоровье (сбор анамнеза), визуальный осмотр потребителя, прощупывание (пальпация) потребителя, простукивание (перкуссия) его внутренних органов, обследование с помощью прослушивания звуков фонендоскопом (аускультацию), тонометра (измерение артериального давления), термометра (измерение температуры тела) и прочее. При окончании консультации потребителю будет дано заключение врача, отражающее его профессиональное мнение: предварительный или окончательный диагноз, дальнейший план обследования, лечения и прочее по усмотрению врача. Консультация не принесет потребителю никакой физической боли. Однако, сведения, полученные от врача о состоянии его здоровья, в ряде случаев могут оказать некоторое психическое влияние, при этом врач предпримет все меры, чтобы оно было минимально. Потребителю могут быть рекомендованы повторные консультации врача, при этом дополнительного оформления и подписания потребителем «Информационного добровольного согласия на проведение консультации врача» не требуется. Потребитель обязан поставить в известность врача обо всех проблемах, связанных с его здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных им и известных ему травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на него во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Потребитель обязан сообщить врачу правдивые сведения о своей наследственности, а также об употреблении им алкоголя, наркотических и токсических средств.

дата

**Администратор ГАУЗ СО "КДЦ им. Я.Б. Бейкина"**

_____

**ФИО пациента** _____✓

Приложение № 2 к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации от 20.12.2012 № 1177н

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи**

Екатеринбург

Я, _____, _____ г.р.,
проживающий(ая) по адресу: _____,
паспорт: _____, выданный _____г.,
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____,
_____г.р., и даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082), для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь, в ГАУЗ СО «КДЦ им. Я.Б. Бейкина».

Медицинским работником _____
(должность,Ф.И.О.медицинского работника)
в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь _____
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

## Информация для пациента об ультразвуковом обследовании (УЗИ).

Ультразвуковое исследование (УЗИ) использует ультразвуковые волны высокой частоты для создания изображения тканей и органов. УЗИ является самым доступным и эффективным методом в диагностике многих заболеваний. Метод позволяет выявить различные нарушения органов и систем, что помогает поставить правильный диагноз или принять решение о необходимости дальнейшего обследования или необходимости лечения. Пациент вправе отказаться от проведения УЗИ, в том числе во время его проведения. В этом случае ему необходимо незамедлительно повторно обратиться к лечащему врачу с целью коррекции назначенного обследования и лечения. Пациент обязан поставить в известность врача обо всех неблагоприятных последствиях и осложнениях (в том числе об аллергических проявлениях и (или) индивидуальной непереносимости препаратов), возникавших ранее при проведении ему ультразвукового исследования и других подобных исследований.

дата

**Администратор ГАУЗ СО "КДЦ им. Я.Б. Бейкина"**
_____

**ФИО пациента** _____✓

Приложение № 2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2012 № 1177н

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи**

Екатеринбург

Я, _____, _____ г.р.,
проживающий(ая) по адресу: _____,
паспорт: _____, выданный _____г.,
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____,
_____ г.р., и даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082), для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь, в ГАУЗ СО «КДЦ им. Я.Б. Бейкина».

Медицинским работником _____
(должность,Ф.И.О.медицинского работника)
в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь

_____
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

**Информация для пациента**
**о проведении взятия биологического материала**
**(слюны, мочи, кала, отделяемого зева, носа, конъюнктивы глаза и пр.)**

Взятие биологического материала (слюны, мочи, кала, отделяемого конъюнктивы глаза, раны и пр.) необходимо исключительно для проведения выбранных потребителем, либо согласованных с ним лабораторных исследований.

Взятие некоторых видов биологического материала проводится в процедурном кабинете медицинской сестрой, либо врачом, в условиях надлежащей чистоты и асептики (асептика – комплекс мероприятий, направленных на предотвращение попадания микроорганизмов в организм пациента) с использованием полностью одноразового стерильного инструментария и расходных материалов.

Сбор мочи, кала осуществляется самостоятельно в домашних условиях в рекомендованные либо выданные емкости (в зависимости от проводимых исследований). От правильности самостоятельного сбора биологического материала зависит получение достоверных результатов лабораторного исследования.

Потребитель обязан поставить в известность врача (медицинскую сестру) обо всех неблагоприятных последствиях и осложнениях, возникавших ранее при проведении ему манипуляций (обморок, аллергические реакции и пр.).

#DAT#

**Администратор ГАУЗ СО "КДЦ им. Я.Б. Бейкина"**

_____

**ФИО пациента** _____✓