**Общество с ограниченной ответственностью**

**«Ростовский педиатрический центр №1»**

ИНН/КПП 6163213895/616323895 ОГРН 1196196011714

Адрес: 344022, г. Ростов-на-Дону, ул. Пушкинская, 63

**Заказчик при подписании Договора:**

- ознакомлен с перечнем предоставляемых Исполнителем услуг, отраженных в лицензии на медицинскую деятельность, стоимостью и условиями их предоставления;
- уведомлен 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;
- 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 её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента;

- уведомлен о том, что обращения (жалобы) Исполнителю направляются по адресу электронной почты: rpc@rpc61.ru

- уведомлен об уровне профессионального образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Подпись ФИО Заказчика

Договор №\_\_

на оказание платных медицинских услуг

(программное прикрепление)

г. Ростов-на-Дону «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ года

**Общество с ограниченной ответственностью «Ростовский педиатрический центр №1»,** в лице генерального директора Андреевой Галины Викторовны , действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 ФИО

именуемый (ая) в дальнейшем **«Заказчик»**, с другой стороны, действуя в интересах и являясь законным представителем несовершеннолетнего (ей)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 ФИО, №, дата свидетельства о рождении

именуемого (ой) в дальнейшем **«Пациент»**, совместно именуемые в дальнейшем **«Стороны»**, заключили настоящий договор, в дальнейшем «**Договор**», о нижеследующем:

ТЕРМИНЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В НАСТОЯЩЕМ ДОГОВОРЕ

Для целей настоящего Договора используются следующие основные термины:

***Платные медицинские услуги****- медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров;*

***Исполнитель*** *– медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги пациентам;*

***Пациент*** *– физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором (В настоящем договоре Пациент является несовершеннолетним);*

***Заказчик****- законный представитель несовершеннолетнего в возрасте до 14 лет или сам совершеннолетний после достижения возраста 14 лет (несовершеннолетние в возрасте от 14 до 18 лет совершают сделки с письменного согласия своих законных представителей), заказывающий либо имеющий намерение заказать платные медицинские услуги;*

***Программа*** *- комплекс медицинских услуг, которые могут быть оказаны Пациенту, состоящий из отдельных медицинских услуг, предоставляемых со скидкой, а также срок их оказания.*

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. В соответствии с настоящим Договором Исполнитель обязуется оказать на возмездной основе медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации несовершеннолетнему Пациенту, а Заказчик обязуется оплатить их в порядке и размере, установленных настоящим договором.

1.2. Медицинские услуги оказываются на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-61-01-007473 от 27.11.2019 года, выданной Министерством здравоохранения Ростовской области.

1.3. Место оказания услуг: 344002, г. Ростов-на-Дону, ул. Пушкинская, 63.

1.4. В соответствии с настоящим договором, Исполнитель оказывает Пациенту медицинские услуги в соответствии с выбранными последним Программами медицинского обслуживания, изложенными в Приложении №1 к настоящему Договору, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.

Полный перечень медицинских услуг по программам медицинского наблюдения, оказываемых ООО «Ростовский педиатрический центр №1», стоимость, сроки и особенности изложены в Приложении №1 к настоящему Договору, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.5. Дополнительные медицинские услуги, не входящие в программу медицинского обслуживания, оформляются Дополнительным соглашением к настоящему Договору и оказываются в соответствии с прейскурантом цен на медицинское обслуживание детей, действующим на момент оказания услуги. В течение действия Договора стоимость услуг, указанных в прейскуранте может изменяться, в таком случае расчет производится по ценам, действующим на дату оказания услуги.

1.6. Перечень и стоимость услуг, предоставляемых Пациенту Исполнителем, содержатся в действующем на момент заключения настоящего Договора Прейскуранте, изменение стоимости оказываемых услуг своевременно доводятся до Заказчика.
1.7. Предоставление медицинских услуг Пациенту по Договору осуществляется после подписания Заказчиком настоящего Договора, при наличии информированного добровольного согласия Заказчика как законного представителя Пациента, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан (Приложение №3), а также внесения оплаты за предоставляемые Исполнителем услуги.

1.8 Медицинские услуги должны быть предоставлены в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, в том числе предъявляемыми к качеству медицинских услуг.

1.9 В медицинской карте Пациента указываются все его пожелания, жалобы, поставленный ему диагноз, предложенные варианты лечения и выбранный Заказчиком вариант. Под указанной информацией должна стоять подпись Заказчика, лечащего врача, дата внесения записи и номер договора.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

**2.1. Заказчик вправе:**

2.1.1. Требовать от Исполнителя надлежащего качества предоставляемой медицинской услуги.

2.1.2. Требовать от Исполнителя предоставления сведений о наличии лицензии и сертификата.

2.1.3. Выбрать лечащего врача (с учетом согласия врача).

2.1.4. Получать от Исполнителя для ознакомления в доступной для понимания и восприятия форме любые сведения:

* 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, сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

2.1.5. Отказаться от медицинских услуг по настоящему договору и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с оказанием услуг.

2.1.6. Отказаться от медицинского вмешательства (в письменной форме).

2.1.7. Требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии Пациента (врачебная тайна).

**2.2. Заказчик обязуется:**

2.2.1. Оплатить медицинские услуги в размере и порядке, указанном в пункте 3 настоящего Договора и в соответствии с прейскурантом действующем на момент заключения настоящего Договора.

2.2.2. До оказания медицинской услуги информировать врача о перенесенных заболеваниях Пациента, известных Заказчику аллергических реакциях Пациента, противопоказаниях, а также сведения о наличии у Пациента других заболеваний, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, а также другую информацию, влияющую на оказание медицинской услуги, указанной в пункте 1.2. настоящего Договора.

2.2.3. Соблюдать правила поведения, принятые Исполнителем для пациентов.

2.2.4. Выполнять все рекомендации и указания медицинского персонала, оказывающих Пациенту по настоящему договору медицинские услуги по лечению.

2.2.5. Соблюдать график приема врачей- специалистов.

2.2.6. Соблюдать внутренний режим пребывания в Ростовском педиатрическом центре №1.

2.2.7. При прохождении курса лечения сообщать лечащему врачу о любых изменениях самочувствия Пациента.

2.2.8. Согласовывать с лечащим врачом употребление любых препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей и т.д.

**2.3.Исполнитель вправе:**

2.3.1. Получать от Заказчика любую информацию, необходимую для исполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредоставления либо неполного или неверного предоставления Заказчиком информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.

2.3.2. Требовать от Заказчика соблюдения:

- графика прохождения процедур;

- соблюдения внутреннего режима пребывания в стационаре.

2.3.3. Требовать оплаты услуг, оказанных Пациенту по настоящему Договору.

2.3.4. В одностороннем порядке прекратить или приостановить выполнение своих обязательств по настоящему Договору при неисполнении Заказчиком своих договорных обязательств. При этом Исполнитель возмещает Заказчику стоимость пропорционально оставшемуся сроку лечения.

2.3.5. Самостоятельно определять объем исследований и необходимых действий, направленных на установление верного диагноза и оказания медицинской услуги

2.3.6. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для проведения медицинской услуги, Исполнитель вправе назначить другого врача.

**2.4. Исполнитель обязуется:**

2.4.1. Обеспечить Заказчика бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения:

а) о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг;

б) данных о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

 в) других сведениях, относящихся к предмету настоящего Договора.

2.4.2. Представить Пациенту список своих сотрудников, обладающих специальным образованием и профессиональными навыками, для ознакомления и закрепления за ним специалистов и/или лечащего врача, которые будут оказывать медицинские услуги.

2.4.3. Оказать Пациенту медицинские услуги в соответствии с Программой.

2.4.4. Оказать медицинские услуги качественно, в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

2.4.5. Использовать в процессе лечения только лицензированные, запатентованные способы, рекомендованные российской и общемировой медицинской практикой;

2.4.6. Предупредить Заказчика (Пациента) об имеющихся противопоказаниях.

2.4.7. Предупредить Заказчика (Пациента), в случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором.

2.4.8. Предоставить Заказчику информацию о ходе оказания медицинской услуги в понятной и доступной форме.

2.4.9. Без согласия Заказчика (Пациента) Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.4.10. Соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия и здоровья Пациента (врачебную тайну).

2.4.11. Не передавать и не показывать третьим лицам находящуюся у Исполнителя документацию о Заказчике, Пациенте.

2.4.12. Представлять для ознакомления по требованию Заказчика:

а) копию учредительного документа Исполнителя, положение о его филиале (отделении, другом территориально обособленном структурном подразделении), участвующем в предоставлении платных медицинских услуг;

б) копию лицензии на осуществление медицинской деятельности;

в) информацию об адресе юридического лица (территориально обособленного структурного подразделения юридического лица), основной государственный регистрационный номер, идентификационный номер налогоплательщика;

г) информацию об адресе места осуществления медицинской деятельности;

д) информацию об адресе сайта в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (при наличии у исполнителя указанного сайта);

е) информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

2.5 До заключения настоящего Договора Исполнитель в письменной форме уведомляет Заказчика о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (работающего у него медицинского работника), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

2.6. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора.

3. ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА

3.1. Условия получения Пациентом медицинских услуг: амбулаторно / в дневном стационаре.

3.2. После получения услуги Стороны подписывают Акт об оказании медицинских услуг по настоящему Договору.

3.3. Подписываемый Сторонами Акт об оказании медицинских услуг является подтверждением оказания услуг Исполнителем Заказчику (Пациенту).

3.4. Заказчик обязуется рассмотреть и подписать Акт об оказании медицинских услуг, представленный Исполнителем, в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента его получения при условии отсутствия у Заказчика каких-либо замечаний к оказанным Исполнителем услугам. При наличии замечаний к оказанным Исполнителем услугам Заказчик указывает об этом в Акте и после устранения Исполнителем всех выявленных замечаний подписывает Акт и передает один экземпляр Исполнителю. В случае, если через 5 (пять) рабочих дней с момента получения Акта Заказчик не подписывает его и не указывает письменно о наличии замечаний, Акт считается принятым, а услуги – оказанными.

3.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

4. ЦЕНА И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ УСЛУГ

4.1. Стоимость программы изложена в Приложении №2 к настоящему Договору и в Прейскуранте, НДС не облагается.

4.2. Оплата Услуг осуществляется путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя, путем оплаты банковской картой через терминал, находящийся на кассе Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

Заказчику в случаях, установленных законодательством Российской Федерации о применении контрольно-кассовой техники, выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца).

4.3. Срок оплаты – не позднее даты заключения настоящего Договора, допускается поэтапная оплата заполнением графика платежей по соглашению Сторон.

4.4. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения стоимость услуг может быть изменена Исполнителем **с согласия Заказчика** с учетом уточненного диагноза и иных затрат на лечение, данные изменения к Договору должны быть произведены в простой письменной форме и подписаны обеими сторонами Договора.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Сторона, не исполнившая или ненадлежащим образом исполнившая обязательства по настоящему Договору, несёт ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Заказчиком (Пациентом) условий настоящего Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

5.4. Исполнитель не несет ответственности за результаты оказания медицинских услуг в случаях несоблюдения Пациентом рекомендаций по лечению и совершения иных действий, направленных на ухудшение здоровья Пациента.

5.5. Исполнитель не несет ответственности в случаях медицинского вмешательства третьих лиц после оказания медицинских услуг Исполнителем.

5.6. Исполнитель не несет ответственности, если до оказания медицинской услуги Пациент не исполнил обязанность по информированию врача о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях, если неэффективность оказанной медицинской услуги или причиненный вред явились следствием отсутствия у врача такой информации.

5.7. Исполнитель не несет ответственности за последствия в случае информированного отказа Пациента от лечения.

5.8. При отказе Заказчика от прохождения курса лечения Пациента, при возникновении осложнений, Исполнитель не несет ответственность за дальнейшее состояние здоровья Пациента.

5.9. В случае причинения ущерба имуществу Исполнителя Заказчик обязан возместить причиненный ущерб в полном объеме.

5.10. В случае неоплаты Заказчиком стоимости медицинских услуг на условиях, указанных в пункте 3 настоящего договора, Исполнитель имеет право отказать Заказчику в оказании услуг до оплаты последним ее стоимости.

5. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

5.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, стороны будут по возможности решать путем ведения переговоров. При невозможности достижения согласия спор подлежит передаче на рассмотрение суда в соответствии с законодательством РФ.

5.2. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания и завершается получением Пациентом Услуги (подтверждением получения пациентом Услуги является Акт об оказании услуг Приложение №5).

5.3. Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе любой из сторон с обязательным предварительным уведомлением другой стороны.

5.4. В течение 1 рабочего дня после расторжения/исполнения настоящего Договора Исполнитель обязуется выдать Заказчику копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг (включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях) ( в случае наличия таких документов).

5.5. Срок хранения настоящего Договора составляет 5 лет.

5.4. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

5.5. Во всем остальном, что не урегулировано настоящим Договором, стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

5.6. Приложения, являющиеся неотъемлемой частью настоящего договора:

- Приложение № 1 «Программы медицинского обслуживания»;

- Приложение №2 «График платежей»

- Приложение №3 «Добровольное информированное согласие пациента на медицинское вмешательство».

- Приложение №4 «Согласие на обработку персональных данных».

-Приложение №5 «Акт об оказании услуг».

6. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН.

|  |  |
| --- | --- |
| **Заказчик** | **Исполнитель** |
| Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Паспорт:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Зарегистрирован (а):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Проживает:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись | ООО «Ростовский педиатрический центр №1»Адрес: 344002, Ростовская область, г. Ростов-на-Дону, ул. Пушкинская, 63.ОГРН 1196196011714ИНН 6163213895/КПП 616301001Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-61-01-007473 от 27.11.2019 года.р/счет 40702810552090000348ЮГО-ЗАПАДНЫЙ БАНК ПАО СБЕРБАНК Г. РОСТОВ-НА-ДОНУк/счет 30101810600000000602БИК 046015602Генеральный директор /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Андреева Г.В./ МП |

Экземпляр Договора на руки получил (а)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Приложение №1

к Договору №\_\_ на оказание платных медицинских услуг от «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_года.

 ПРОГРАММЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

Приложение №2

к Договору №\_\_ на оказание платных медицинских услуг от «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ года.

 График платежей

Приложение №3

к Договору №\_\_ на оказание платных медицинских услуг от «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ года.

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения, проживающий(ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*Этот раздел бланка заполняется только законным представителем недееспособных граждан:*

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Паспорт:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения, являюсь законным представителем (мать, отец, попечитель, опекун, усыновитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

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

Фамилия, Имя, Отчество недееспособного гражданина (полностью), дата рождения

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Должность, ФИО медицинского работника

**в доступной для меня форме м**не разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты медицинской помощи.

**Мне разъяснено,** что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации.

Я ознакомлен(а) с Правилами внутреннего распорядка для Пациентов, приказом №О запрете курения» и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном Учреждении и обязуюсь их соблюдать.

Я согласен (а) с тем, что количество и состав лечебных и диагностических процедур (медицинских вмешательств) будут определяться лечащим врачом в соответствии с имеющимися показаниями и противопоказаниями.

У меня нет оснований не доверять или сомневаться в квалификации медицинского персонала, выполняющего медицинское вмешательство.

Добровольно даю свое согласие на проведение мне, в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, исследования крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, анализа мочи общего, электрокардиографии; проведения рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических исследований и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, переливание крови, ее компонентов и препаратов на основе крови, диагностических и лечебных пункций, катетеризацию центральных сосудов, физиотерапевтических процедур. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

 Я даю согласие на дотестовое и послетестовое консультирование, обследование на ВИЧ-инфекцию.

 Я информирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения; в случае возникновения непредвиденных ситуаций, осложнений в ходе медицинского вмешательства, я согласен(а) на применение тех мероприятий, которые, по мнению врача, целесообразны в таком случае.

 Я извещен(а) о том, что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств. Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, не соблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья. Я понимаю, что абсолютных гарантий хороших результатов как медицинского вмешательства, так и лечения в целом дано быть не может.

 Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем лица, законным представителем которого я являюсь, 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 также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

 Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

Субъект персональных данных (законный представитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Медицинский работник \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Должность, ФИО)

Приложение №4

к Договору №\_\_ на оказание платных медицинских услуг от «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_года.

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ.

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения, проживающий(ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*Этот раздел бланка заполняется только законным представителем недееспособных граждан:*

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Паспорт:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения, являюсь законным представителем (мать, отец, попечитель, опекун, усыновитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

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

Фамилия, Имя, Отчество недееспособного гражданина (полностью), дата рождения

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона РФ от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» и статьи 13 Федерального закона РФ от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» подтверждаю свое согласие на обработку **ООО «Ростовский педиатрический центр№1», моих персональных данных, включающих:** фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

**Я подтверждаю, что даю такое согласие, действуя по своей воли и в своем интересе.**

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими (лица, законным представителем которого я являюсь) персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе самостоятельно обрабатывать либо передавать на обработку уполномоченным на то должностным лицам, заключившим соглашение о неразглашении персональных данных, мои (лица, законным представителем которого я являюсь) персональные данные посредством внесения их в информационные системы министерства здравоохранения Ростовской области, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС.

 Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС на обмен (прием и передачу) моими (лица, законным представителем которого я являюсь) персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, заключившим соглашение о неразглашении персональных данных.

Срок хранения моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты). Передача моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных иным лицам или иное их разглашение, кроме случаев, прямо предусмотренных настоящим согласием, может осуществляться только с моего письменного разрешения.

 Настоящее согласие дано мной «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_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.

Субъект персональных данных (законный представитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Представитель оператора\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Должность, ФИО)