*Приложение №1*

[**ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**](http://blanker.ru/doc/dogovor-usluga-medichina) **№ \_\_\_\_\_\_\_**

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Рефтинская городская больница» (ГБУЗ СО «Рефтинская ГБ»), имеющее лицензию на право осуществления медицинской деятельности № ЛО-66-01-006480 от 24.04.2020г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Шлыковой Анжелики Борисовны, действующего на основании Устава, с одной стороны и гражданин(ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(ФИО полностью)

паспорт серии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_г.

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

(наименование выдавшего органа)

именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Пациент поручает, а Исполнитель обязуется оказывать на возмездной основе необходимые медицинские услуги (далее - Услуги), отвечающие требованиям, предъявляемым  к  методам диагностики, профилактики и лечения,  разрешенным  на  территории  РФ, а Пациент добровольно принимает на себя обязательство оплачивать оказанные медицинские услуги в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором.

1.2. Наименование, объем, стоимость Услуг согласовываются сторонами в Приложении 1, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.

**2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ**

2.1. Услуги по настоящему Договору предоставляются Пациенту в помещении Исполнителя по адресу: Свердловская обл., п. Рефтинский, ул. Гагарина, 25,29.

2.2. Исполнитель оказывает Услуги по настоящему Договору в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией ГБУЗ СО «Рефтинская ГБ» и доводятся до сведения Пациента.

2.3. Срок оказания Услуг с «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. по «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

**3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

**3.1. Пациент имеет право:**

3.1.1. Получать квалифицированные медицинские услуги.

3.1.2. Отказаться   от   получения Услуги (до  момента  начала  ее   оказания) и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных  с подготовкой оказания Услуги.

3.1.3. Пациент имеет право на получение информации о стоимости оказанных услуг.

3.1.4. Получать сведения о квалификации и сертификации специалистов.

3.1.5. Самостоятельно, после согласования с лечащим врачом, приобретать расходные материалы и лекарственные средства, за качество которых Исполнитель ответственности не несет.

3.1.6. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни в соответствии с законодательством РФ.

**3.2.**  **Пациент обязуется:**

3.2.1. Оплатить   медицинские   услуги в размере и порядке,  указанном  в  Разделе 4 настоящего Договора.

3.2.2. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление платных медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.

3.2.3. Соблюдать график приема врачей-специалистов

3.2.4. Возместить убытки в случае причинения с его стороны ущерба имуществу Исполнителя.

**3.3.** **Исполнитель имеет право:**

3.3.1. Определять объем предоставления медицинских услуг.

3.3.2. Отказать в услуге Потребителю в случаях, если:

• Потребитель находится в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения.

• Действия Потребителя угрожают жизни и здоровью персонала.

3.3.2. На перенос срока оказания услуги в случае опоздания Потребителя более чем на 10 (десять) минут по отношению к назначенному времени получения услуги.

3.3.3. На хранение и обработку персональных данных Потребителя (фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес проживания, место работы, должность, сведения о состоянии здоровья) согласно законодательным актам РФ.

3.3.4. При необходимости привлекать для оказания медицинских услуг сторонних исполнителей и соисполнителей по согласованию с Пациентом.

**3.4**. **Исполнитель обязан:**

3.4.1. Обеспечить соответствие предоставляемых по настоящему Договору услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения на территории Российской Федерации.

3.4.2. Соблюдать врачебную тайну, деонтологию и медицинскую этику.

3.4.3. До заключения договора на оказание платных медицинских услуг, в письменной форме уведомить Пациента о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) медицинского учреждения (п. 15 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства от 04.10.2012 № 1006).

**4. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЁТОВ**

4.1. Пациент оплачивает медицинские услуги по Прейскуранту цен, составленному на основании предельных тарифов, утвержденных Приказом Минздрава Свердловской области.

4.2. Оплата Услуг осуществляется Пациентом в порядке  100%  предоплаты до получения Услуги путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя.

4.3. Предварительная стоимость медицинских услуг по данному договору составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей.

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

5.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения  своих  обязанностей  по договору  Исполнитель  несет  ответственность  в   размере     реального ущерба, причиненного Пациенту таким неисполнением.

5.2. В случае причинения вреда здоровью или жизни Пациента по  вине  Исполнителя он несет ответственность в соответствии с законодательством РФ.

5.3. Исполнитель  освобождается   от   ответственности   за     неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, если докажет, что  причиной  такого неисполнения  (ненадлежащего  исполнения)  стало  нарушение  Пациентом   условий настоящего Договора.

**6. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

6.1. Ни одна из Сторон по настоящему Договору не может без предварительного письменного согласия другой Стороны разглашать третьим лицам и/или опубликовывать и/или допускать опубликование информации, которая была предоставлена одной из Сторон в связи с оказанием Услуг по настоящему Договору, либо стала известна одной из Сторон в силу исполнения обязательств по настоящему Договору, либо была правомерно создана одной из Сторон в силу исполнения обязательств по настоящему Договору. Для целей настоящего пункта под информацией понимается информация о Сторонах и условиях настоящего Договора, о формах и методах выполнения Сторонами своих обязательств по настоящему Договору, об отношениях Сторон в ходе выполнения обязательств по настоящему Договору, а также информация о состоянии финансово-хозяйственной деятельности или имущества любой из Сторон.

6.2. Принятые Пациентом и Исполнителем обязательства по соблюдению конфиденциальности или неиспользованию информации, полученной в ходе оказания Услуг по настоящему Договору, не распространяются на общедоступную информацию или информацию, которая становится известна третьим сторонам не по вине Стороны, получившей соответствующую информацию.

6.3. Обязательства по обеспечению конфиденциальности информации, предусмотренные настоящим Договором, не распространяются на предоставление информации государственным органам в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

**7. АНТИКОРРУПЦИОННАЯ ОГОВОРКА**

7.1. При исполнении своих обязательств по настоящему Договору Стороны, их аффилированные лица, работники или посредники не выплачивают, не предлагают выплатить и не разрешают выплату каких-либо денежных средств или ценностей, прямо или косвенно, любым лицам для оказания влияния на действия или решения этих лиц с целью получить какие-либо неправомерные преимущества или для достижения иных неправомерных целей.

7.2. При исполнении своих обязательств по настоящему Договору Стороны, их аффилированные лица, работники или посредники не осуществляют действия, квалифицируемые применимым для целей настоящего Договора законодательством как дача/получение взятки, коммерческий подкуп, а также иные действия, нарушающие требования применимого законодательства и международных актов о противодействии коррупции.

7.3. В случае возникновения у Стороны подозрений, что произошло или может произойти нарушение каких-либо положений [п. п. 7.1](#Par8) и [7.2](#Par9) настоящего Договора, соответствующая Сторона обязуется уведомить об этом другую Сторону в письменной форме. В письменном уведомлении Сторона обязана сослаться на факты или предоставить материалы, достоверно подтверждающие или дающие основание предполагать, что произошло или может произойти нарушение каких-либо положений [п. п.7.1](#Par8) и [7.2](#Par9) настоящего Договора другой Стороной, её аффилированными лицами, работниками или посредниками.

7.6. Сторона, получившая уведомление о нарушении каких-либо положений [п. п.7.1](#Par8) и [7.2](#Par9) настоящего Договора, обязана рассмотреть уведомление и сообщить другой Стороне об итогах его рассмотрения в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты получения письменного уведомления.

7.7. Стороны гарантируют осуществление надлежащего разбирательства по фактам нарушения положений [п. п.7.1](#Par8) и [7.2](#Par9) настоящего Договора с соблюдением принципов конфиденциальности и применение эффективных мер по предотвращению возможных конфликтных ситуаций. Стороны гарантируют отсутствие негативных последствий как для уведомившей Стороны в целом, так и для конкретных работников уведомившей Стороны, сообщивших о факте нарушений.

7.8. В случае подтверждения факта нарушения одной Стороной положений [п. п.7.1](#Par8) и [7.2](#Par9) настоящего Договора и/или неполучения другой Стороной информации об итогах рассмотрения уведомления о нарушении в соответствии с [п. 7.3](#Par10) настоящего Договора, другая Сторона имеет право расторгнуть настоящий Договор в одностороннем внесудебном порядке путём направления письменного уведомления не позднее, чем за 10 (десять) календарных дней до даты прекращения действия настоящего Договора.

**8. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, РАСТОРЖЕНИЯ И СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

8.1. Настоящий Договор распространяет свое действие на отношения, возникшие с момента его подписания обеими Сторонами и внесения Пациентом 100% предоплаты стоимости медицинских услуг, и завершается получением Пациентом Услуги (подтверждением получения Услуги  является заключение по результатам диагностического обследования).

8.2. Настоящий Договор может быть расторгнут досрочно по соглашению Сторон или одной из  Сторон в случае нарушения условий Договора другой Стороной.

8.3. В случае отказа Пациента после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Пациента о расторжении договора по инициативе Пациента, при этом Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесённые Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

**9. СВЕДЕНИЯ ОБ ИСПОЛНИТЕЛЕ**

**Наименование:** Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Рефтинская городская больница» (ГБУЗ СО «Рефтинская ГБ»);

**Юридический адрес:** 624285, Свердловская область, пгт. Рефтинский, ул. Гагарина, 25;

**ОГРН** 1026600630506, Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц от 29.12.2011 г. серия 66 № 006992184, наименование регистрирующего органа – Инспекция Федеральной налоговой службы по г. Асбесту Свердловской области;

**Лицензия на осуществление медицинской деятельности** № ЛО-66-01-005728 от 20.12.2018г., выдана Министерством здравоохранения Свердловской области (адрес лицензирующего органа: г. Екатеринбург, ул. Вайнера, 34б, тел. (343) 312-00-03).

**Перечень работ, составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией:**

При оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу, лабораторной диагностике; лечебному делу; медицинской статистике; медицинскому массажу; неотложной медицинской помощи; организации сестринского дела; паразитологии; рентгенологии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; стоматологии; стоматологии ортопедической; физиотерапии; функциональной диагностике.

При оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: неотложной медицинской помощи; организации здравоохранения и общественному здоровью; педиатрии; терапии.

При оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: педиатрии; 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); акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности); дерматовенерологии; инфекционным болезням; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; неврологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; паразитологии; профпатологии; психиатрии-наркологии; рентгенологии; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; эндоскопии.

При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности); лабораторной диагностике; неврологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); рентгенологии; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии.

При оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: клинической лабораторной диагностике; рентгенологии; ультразвуковой диагностике; функциональной диагностике; эндоскопии; акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности); анестезиологии и реаниматологии; диетологии; операционному делу; сестринскому делу; терапии; травматологи и ортопедии; трансфузиологии; хирургии.

При оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; терапии.

При проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам профилактическим.

При проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием; медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством; медицинскому освидетельствованию на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического).

При проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе профессиональной пригодности; экспертизе временной нетрудоспособности.

**10. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ**

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

10.2. Использование Исполнителем в качестве подписи факсимиле не является основанием для признания настоящего Договора недействительным.

10.3. Все остальное, что не урегулировано настоящим Договором, регулируется законодательством Российской Федерации.

Приложение №1: Виды и объем оказываемых платных медицинских услуг.

Приложение №2: Информированное согласие Пациента на получение платных медицинских услуг.

**11. ПОДПИСИ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:** | **Пациент:** |
| ГБУЗ СО «Рефтинская ГБ»  Адрес : 624285, Свердловская область,  пгт. Рефтинский, ул. Гагарина, 25  ИНН 6603007857 КПП 668301001  Получатель: Министерство финансов  Свердловской области  (ГБУЗ СО «Рефтинская ГБ», л/счет 23013001300)  р/счет 40601810165773000001  Уральское ГУ Банка России  БИК 046577001  Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/А.Б. Шлыкова/  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г. | Гражданин(ка): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес, телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г. |

Я, нижеподписавш\_\_\_\_ся \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(Ф.И.О. пациента полностью)

настоящим подтверждаю, что ознакомлен(на) с уведомлением о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) медицинского учреждения (п. 15 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утверждённых постановлением Правительства от 04.10.2012 № 1006). Экземпляр уведомления получил(а) на руки до заключения настоящего договора на оказание платных медицинских услуг.

"\_\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г. Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение №1

к договору на оказание платных медицинских услуг №\_\_\_\_\_\_

от «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

**ВИДЫ И ОБЪЕМ ОКАЗЫВАЕМЫХ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование услуги | Объем услуги (количество исследований, осмотров и т.д.) | ФИО специалиста, оказывающего услугу,  № кабинета | Стоимость услуги,  руб. | | Дополнит. сведения |
| **Медицинское освидетельствование водителей транспортных средств(кандидатов в водители транспортных средств)** | | | | | |
| - Для категорий водителей А, А1, В,ВЕ,В1,М | освидетельствование и заключение |  | 650-00 | |  |
| - Для категорий водителей С,С1, СЕ,С1Е,D,DE,D1E,Тm,Tb | **- //-** |  | 999-00 | |  |
| **Осмотры врачей и лабораторно-функциональные исследования** | | | | | |
| - Терапевт (в т.ч. клинический анализ крови (гемоглобин, цветной показатель, эритроциты, тромбоциты, лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ); клинический анализ мочи (удельный вес, белок, сахар, микроскопия осадка); электрокардиография; цифровая флюорография или рентгенография в 2-х проекциях(прямая и правая боковая) лёгких; биохимический скрининг: содержание в сыворотке крови глюкозы, холестерина и другие) | осмотр и исследование | **Каб.№310** | 280-00 | |  |
| - Акушер-гинеколог (в т.ч. бактериологического (на флору) и цитологического (на атипичные клетки) исследования не реже 1 раза в год) | **- //-** | **Каб.№208** | 280-00 | |  |
| - Дерматовенеролог | **- //-** | **Каб.№315** | 280-00 | |  |
| - Невролог | **- //-** | **Каб.№6** | 280-00 | |  |
| - Стоматолог | **- //-** | **Каб.№417** | 280-00 | |  |
| - Отоларинголог (в т.ч. аудиометрия, исследование вестибулярного анализатора и другие) | **- //-** | **Каб.№307** | 280-00 | |  |
| - Офтальмолог (в т.ч. острота зрения и цветоощущение, определение полей зрения, биомикроскопия сред глаза и другие) | **- //-** | **Каб.№304** | 280-00 | |  |
| - Хирург | **- //-** | **Каб.№7** | 360-00 | |  |
| - Врач-психиатр-нарколог | **- //-** | **Каб.№2** | 249-00 | |  |
| -Врач эндокринолог | **- //-** | **Каб.№** | 256-00 | |  |
| **Медицинское освидетельствование и заключение** | | | | | |
| - Флюорография грудной клетки | 1 исследование | **Каб.№101** | 96-00 | |  |
| - Пневмотахометрия | **- //-** | **Каб.№318** | 81-00 | |  |
| - Кровь на микрореакцию | **- //-** | **Каб.№322** | 148-00 | |  |
| - Кровь краткий (СОЭ, гемоглобин, лейкоциты) | **- //-** | **Каб.№322** | 222-00 | |  |
| - Кровь на ретикулациты | **- //-** | **Каб.№322** | 177-00 | |  |
| - Кровь на тромбоциты | **- //-** | **Каб.№322** | 219-00 | |  |
| - Кровь на АСТ | **- //-** | **Каб.№323** | 150-00 | |  |
| - Кровь на АЛТ | **- //-** | **Каб.№323** | 150-00 | |  |
| - Забор крови из периферической вены | 1 манипуляция | **Каб.№308** | 62-00 | |  |
| - Кал на я/глист (като) | 1 исследование | **Каб.№321** | 114-00 | |  |
| - Кал на я/остриц (соскоб) | **- //-** | **Каб.№321** | 95-00 | |  |
| - Кал на лямблии | **- //-** | **Каб.№321** | 114-00 | |  |
| - Лейкоцитарная формула | **- //-** | **Каб.№322** | 160-00 | |  |
| - Определение группы крови и резус-фактора | **- //-** | **Каб.№308** | 682-00 | |  |
| **Клинико-диагностические услуги, манипуляции и прочие медицинские услуги при самостоятельном обращении граждан** | | | | | |
| - Исследование связывания трийодтиронина (Т-3) в  крови | **- //-** | **Каб.№308** | 468-00 | |  |
| - Исследование уровня общего тироксина сыворотки (Т-4) крови | **- //-** | **Каб.№308** | 468-00 | |  |
| - Исследование уровня тиреотропного гормона в  крови (ПГ) | **- //-** | **Каб.№308** | 293-00 | |  |
| - Исследование на антигены канцерогенных опухолей СА 125 | **- //-** | **Каб.№308** | 732-00 | |  |
| - Исследование уровня простаспецифического  антигена (ПСА) | **- //-** | **Каб.№308** | 572-00 | |  |
| - Ударно-волновая терапия | 1 сеанс | **Каб.№309** | 601-00 | |  |
| - Лечение аппаратом «Тонзиллор» | 1 процедура | **Каб.№307** | 383-00 | |  |
| - Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (мужчины) | 1 исследование | **Каб.№** | 559-00 | |  |
| - Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (женщины) | 1 исследование | **Каб.№** | 582-00 | |  |
| - Обзорная рентгенография молочных желез | 1 исследование | **Каб.№** | 239-00 | |  |
| - Ультразвуковое исследование молочных желез | **- //-** | **Каб.№** | 315-00 | |  |
| - Ультразвуковое исследование органов малого таза | **- //-** | **Каб.№** | 394-00 | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
| **Медицинский осмотр декретированных профессий** | | | | | |
| - Для мужчин (в т.ч. дерматовенеролог, анализ крови на микрореакцию, анализ мазка, забор крови из пальца, забор мазка) | 1 осмотр и исследование | **Каб.№314** | 372-00 |  | |
| - Для женщин (в т.ч. дерматовенеролог, анализ крови на микрореакцию, анализ мазка, забор крови из пальца, забор мазка (2 локализации) | -//- | **Каб.№314** | 432-00 |  | |
| **Всего:** |  |  |  |  | |

Приложение №2

к договору на оказание платных медицинских услуг №\_\_\_\_\_\_

от «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ**

**ПАЦИЕНТА НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Главному врачу государственного бюджетного

учреждения здравоохранения Свердловской области

«Рефтинская городская больница»

А.Б. Шлыковой

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. пациента)

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

(место жительства либо временное пребывание)

Я, нижеподписавш\_\_\_\_ся \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(Ф.И.О. пациента)

настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг (по договору от "\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ года № \_\_\_\_\_\_\_\_).

Мне разъяснено и понятно мое право на получение бесплатной медицинской помощи в объёмах, предусмотренных Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам РФ, проживающим в Свердловской области, бесплатной медицинской помощи.

"\_\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г. Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Приложение №2

к договору на оказание платных медицинских услуг №\_\_\_\_\_\_

от «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ**

**ПАЦИЕНТА НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Главному врачу государственного бюджетного

учреждения здравоохранения Свердловской области

«Рефтинская городская больница»

А.Б. Шлыковой

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. пациента)

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

(место жительства либо временное пребывание)

Я, нижеподписавш\_\_\_\_ся \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(Ф.И.О. пациента)

настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг (по договору от "\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ года № \_\_\_\_\_\_\_\_).

Мне разъяснено и понятно мое право на получение бесплатной медицинской помощи в объёмах, предусмотренных Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам РФ, проживающим в Свердловской области, бесплатной медицинской помощи.

"\_\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г. Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*Приложение №3*

|  |
| --- |
| **ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**  **СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ**  **"РЕФТИНСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА"**  **-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**  **624285, Свердловская область, Рефтинский пгт, Гагарина ул., 25 Е-mail: rfgb-public@mis66.ru**  **УВЕДОМЛЕНИЕ**  "\_\_\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года  *"****О последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций)  медицинского учреждения****"*  В соответствии с пунктом 15 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утверждённых постановлением Правительства  от 04.10.2012 №1006, уведомляем Вас, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского учреждения (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.  Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/А.Б. Шлыкова |