**Договор №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**На оказание платной услуги «Индивидуальное сопровождение родов врачом-акушером-гинекологом»**

г. Смоленск \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_ г.

Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Клиническая больница №1», действующее на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице и.о. главного врача Маркеловой Людмилы Николаевны, действующего на основании распоряжения от 30.06.2023 г. № 1046-р/адм , имеющее лицензию на медицинскую деятельность Л041-00110-67/00340713 от 19.02.2020 г., выданную Министерством здравоохранения Смоленской области (адрес Министерства: 214000 г. Смоленск, площадь Ленина, д.1, телефон: +7 (4812) 292201), сроком действия - бессрочно, с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ф.и.о./наименование Заказчика(Пациент))

Паспорт серия\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_Выдан«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ зарегистрированная по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проживающая по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон: +7 (\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

именуемая в дальнейшем "Пациент", с другой стороны, далее совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор (далее – Договор) о нижеследующем:

1. **Предмет договора**
   1. Учреждение обязуется оказать Пациенту на возмездной основе услуги по индивидуальному сопровождению родов врачом акушером-гинекологом (далее –Услуги), в соответствии с Планом (Приложение № 1 к Договору), являющемся неотъемлемой частью Договора, отвечающем требованиям, предъявляемым в РФ к методам диагностики, профилактики, лечения и родоразрешения.
   2. Объем оказываемых по настоящему Договору платных услуг определяется Перечнем оказываемых платных услуг (Приложение № 2 к настоящему Договору), общим состоянием здоровья Пациентки, индивидуальными особенностями организма Пациентки, медицинскими показаниями (противопоказаниями) выявленных заболеваний (патологий) и организационно-техническими возможностями Исполнителя.
   3. Пациент обязуется своевременно оплатить Услуги, оказываемые ей Учреждением, и выполнять рекомендации врачей Учреждения, направленные на обеспечение качества предоставляемых услуг.
   4. Платные Услуги по индивидуальному медицинскому сопровождению родоразрешения осуществляются дополнительно к установленным учреждению заданием на оказание услуг в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, и в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности (Л041-00110-67/00340713 от 19.02.2020 г.) и оказывается по желанию и с согласия Пациента.
   5. Индивидуальное сопровождение родов врачом-акушером-гинекологом предусматривает выбор Пациентом врача акушера-гинеколога:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Врач-акушер-гинеколог (дублер): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

* 1. По медицинским показаниям и с согласия Заказчика, Учреждением могут быть оказаны и иные услуги, стоимость которых согласовывается сторонами дополнительно.
  2. Предоставляемые услуги выполняются методами, разрешенными к применению на территории РФ и с качеством, обычно предъявляемым к используемым по данному договору медицинским технологиям и полученным в результате их выполнения потребительским свойствам услуги. При исполнении настоящего Договора стороны руководствуются действующим законодательством РФ, регулирующим предоставление платных медицинских услуг населению.
  3. Пациент подтверждает, что на момент подписания настоящего договора Исполнитель:

- ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. N 736);

- ознакомил и предоставил сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности Л041-00110-67/00340713 от 19.02.2020 г, выданной Министерством здравоохранения Смоленской области;

- предоставил информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

- ознакомил с действующим Прейскурантом на платные услуги;

- письменно уведомил о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, оказывающего платную услугу) могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

* 1. В период действия настоящего Договора медицинские услуги оказываются на основании подписанного Пациентом информированного добровольного согласия на предоставление медицинских услуг на платной основе (Приложение № 3 к Договору) и иных обязательных информированных согласий, оформляемых в соответствии с действующим законодательством.
  2. Факт заключения настоящего Договора между Сторонами не является основанием

предоставления Пациентке платной услуги «Индивидуальное сопровождение родов врачом-акушером-гинекологом» в первоочередном порядке по услугам, оказываемым в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

1. **Стоимость услуг, сроки и порядок оплаты**
   1. Стоимость услуг определяется в соответствии с Прейскурантом Исполнителя, действующим на момент заключения Договора и составляет \_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей \_\_\_\_\_\_\_ коп.
   2. Оплата услуг по Договору производится Пациентом в российских рублях, в порядке 100% предоплаты на основании выставленного Исполнителем счета, наличными денежными средствами в кассу Исполнителя, через платежный терминал, а также в безналичном порядке, посредством перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, указанный в настоящем Договоре
   3. Общая цена договора состоит из стоимости всех услуг, оказанных в течение действия данного договора.

1. **Условия, сроки и порядок оказания услуг**
   1. Платные услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Пациентки приобрести сервисную услугу на возмездной основе, являющемся неотъемлемым приложением к настоящему Договору (Приложение № 3).

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 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

* 1. Для проведения госпитализации в медицинское учреждение при себе необходимо иметь

следующие документы: обменную карту, паспорт, СНИЛС, медицинский полис, свой экземпляр Договора, квитанцию об оплате.

* 1. В случае если на дату выписки Пациентки, с ее стороны отсутствуют обоснованные претензии, оформленные в письменной форме, услуги считаются оказанными в полном объеме.
  2. Срок оказания медицинских услуг: не ранее 37 недель беременности с момента начала регулярной родовой деятельности до момента окончания родов и двух часов послеродового периода.
  3. Для оказания медицинских услуг по настоящему Договору, Исполнитель вправе

самостоятельно привлекать третьих лиц (специалистов) соответствующего профиля и квалификации.

* 1. Исполнитель оказывает услуги Пациенту по настоящему Договору в помещении стационара ОГБУЗ «Клиническая больница по адресу: г. Смоленск, ул. Фрунзе, д.40.

В день (момент) подписания настоящего Договора Пациент ознакомлен с действующими прейскурантами и планом Услуги по индивидуальному сопровождению родов врачом-акушером-гинекологом», понимает содержащуюся в нем информацию и согласна с ценами на медицинские услуги (подпись):

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

(ФИО пациентки) Подпись

* 1. В случае невозможности оказания Исполнителем платных услуг Пациенту в рамках настоящего Договора, по независимым от сторон причинам, Исполнитель возвращает Пациенту денежные средства безналичным платежом в течение 10 (Десяти) рабочих дней с момента предъявления Пациентом письменного заявления о возврате денежных средств. В заявлении о возврате денежных средств Пациент указывает свои паспортные данные, контактный телефон, а также реквизиты для перечисления денежных средств.

1. **Права и обязанности сторон**

4.1. Исполнитель обязуется:

4.1.1. По требованию Пациентки в доступной форме предоставить информацию, а также документы для ознакомления: сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации; режим работы медицинской организации, график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных услуг, копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией (в случае необходимости).

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

Провести в согласованное с Заказчиком время собеседование и осмотр для установления предварительного диагноза и определения плана ведения родов, а также определения предполагаемой даты родов.

4.1.3. При оказании услуг использовать оборудование, инструментарий, медикаменты и материалы, разрешенные к применению в РФ, имеющие соответствующие сертификаты и сроки годности.

4.1.4. В доступной форме информировать Пациента или его поверенного, законного представителя, а также\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. лица, которому Пациента разрешает передавать информацию, указанную в данном пункте, номер контактного телефона)

4.1.5. Направить Пациента в другую медицинскую организацию, если лицензия или возможности Учреждения не позволяют ему осуществлять те услуги, необходимость оказания которых выявилась в процессе диагностики и родоразрешения Пациента.

4.2. Исполнитель вправе:

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

4.2.2. Отказаться в одностороннем порядке от исполнения обязательств по настоящему Договору в случае, когда действия Пациента делают невозможным исполнение Услуги в целом или надлежащего качества, с обязательным уведомлением Пациента.

Исполнитель не может гарантировать ожидаемого результата лечения, если несмотря на требуемую заботливость и осмотрительность, которая от него требовалась, в силу характера заболевания Пациентка получила непредвиденные осложнениях.

4.2.3. Не нести ответственности за ухудшение состояния здоровья Заказчика в следующих случаях:

- при невыполнении Заказчиком рекомендаций и предписаний медицинского персонала;

- при не информировании медицинского персонала о перенесенных Заказчиком заболеваниях, аллергических реакциях, непереносимости лекарственных препаратов и других осложнений, в том числе, с которыми Заказчик был знаком до начала родоразрешения;

4.2.4. Не несет ответственности за неисполнение услуги, если таковое произошло в результате непреодолимой силы, другого заболевания, представляющего или не представляющего угрозу жизни Пациентки, требующего кардинального изменения тактики лечения, по вине Пациентки (в том числе из-за не исполненных ею рекомендаций врача, режима лечения и т. п.), в следствии особенностей организма Пациентки и по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

4.3. Пациент обязуется:

4.3.1. Своевременно оплатить медицинские услуги.

4.3.2. Выполнять все рекомендации, лечебные предписания лечащего врача и медицинского персонала, правила лечебно-охранительного режима и внутреннего распорядка Учреждения для достижения наиболее оптимального результата оказания медицинской услуги.

4.3.3. Предоставить в Учреждение полную информацию и документы (копии документов), содержащие сведения о состоянии своего здоровья, которыми пациентка располагает на момент заключения Договора и в течение его действия, так как эта информация может повлиять на качество медицинских услуг.

4.3.4. По окончании получения медицинских услуг подписать акт об оказании медицинских услуг.

4.4. Пациент вправе:

4.4.1. На получение платной услуги «Индивидуальное сопровождение родов врачом-акушером-гинекологом» в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.

4.4.2. На гарантированное наличие места в ОГБУЗ «Клиническая больница №1» Перинатальный центр в день родов.

4.4.3. На возможность выбора или прикрепления персонального врача-акушера-гинеколога ОГБУЗ «Клиническая больница№1» Перинатальный центр на период родов.

4.4.4. На предварительные очные консультации и осмотры с Врачом, начиная с 37 недели беременности.

4.4.5. На возможность круглосуточной телефонной связи с Врачом.

4.4.6. На участие Врача в процессе родоразрешения в составе дежурной бригады ОГБУЗ «Клиническая больница№1» Перинатальный центр.

4.4.7. На облегчение боли, связанной с медицинским вмешательством доступными способами и средствами.

4.4.8. На получения медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования.

4.4.9. Отказаться в одностороннем порядке от исполнения настоящего Договора до момента начала оказания услуг с обязательным письменным уведомлением Учреждения, а также поставив в известность лечащего врача.

4.4.10. Пациент вправе отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

4.4.11. Ознакомиться с лицензией Учреждения, списком врачей и медицинского персонала, оказывающих медицинские услуги.

4.4.12. Получать копии медицинской документации, отражающей состояние здоровья при наличии заявления и документа, удостоверяющего личность в срок до 10 рабочих дней.

4.4.13. На сохранение в тайне информации о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении

**5. Срок действия и условия исполнения договора**

5.1. Настоящий Договор вступает в силу с даты его подписания Сторонами и действует до момента исполнения Сторонами принятых на себя обязательств.

5.2. Сроком начала оказания услуг по настоящему Договору является время и дата начала регулярной родовой деятельности Пациента в стационаре Исполнителя для родоразрешения. Сроком окончания оказания услуг по настоящему Договору является факт завершения родов.

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

5.4. При неисполнении Пациенткой правил внутреннего распорядка, назначений лечащего врача и медицинского персонала Исполнитель вправе отказаться от выполнения настоящего Договора.

5.5. Настоящий договор может быть изменен только по письменному соглашению Сторон, которое оформляется дополнительным соглашением, подписанным Сторонами и являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

**6. Ответственность сторон и порядок разрешения споров**

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

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

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

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

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

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

6.7. Исполнитель освобождается от ответственности, в случаях осложнений и побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Пациентки, а также в случае, если Пациентка не проинформировала Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ей аллергических реакциях, противопоказаниях, наследственных и сопутствующих заболеваниях, противопоказаниях влияющих на успешность лечебно-диагностического процесса.

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

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

6.9. За нарушение условий настоящего Договора Пациент и Исполнитель несут ответственность на условиях и порядке, установленных действующим законодательством Российской Федерации

6.10. Стороны могут предъявить взаимные претензии по фактам нарушения обязательств в течение всего срока действия Договора. До обращения в суд обязательное соблюдение претензионного порядка. Претензия рассматривается в течение 30 рабочих дней с момента ее получения.

6.11. При невозможности разрешить возникшие противоречия между Сторонами путем переговоров, спор переносится на разрешение суда по месту нахождения одной из Сторон.

6.12. В случае невозможности исполнения условий настоящего Договора по обязательствам, за которые ни одна из сторон ответственности не несет, Пациент возмещает исполнителю фактически понесенные им расходы, а Исполнитель возвращает Пациенту остаток неиспользованных средств, внесенных в качестве предоплаты по настоящему договору.

6.13. За оставленные Пациенткой, либо ее законными представителями после выписки из стационара вещи Исполнитель ответственности не несет

**7. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

7.1. Исполнитель обязуется охранять информацию о факте обращения Пациентки за оказанием Услуги, состоянии ее здоровья, диагнозе ее заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна). Передача информации третьим лицам или иное разглашение конфиденциальных сведений, признанных Договором, может осуществляться только с письменного согласия другой стороны. Исключением является предоставление конфиденциальных сведения в правоохранительные органы, прокуратуру или суд.

7.2. С согласия Пациентки или его полномочного представителя (указанного в заявлении) допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам,в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Пациентки, а также для решения поставленных вопросов, сохраняя конфиденциальность.

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

7.4. При разглашении одной из сторон сведений, относящихся к категории конфиденциальной информации виновная сторона несет ответственность и обязана возместить другой стороне понесенные ею в связи с этим убытки.

Конфиденциальной по настоящему Договору признается информация:

- о состоянии здоровья Пациентки,

-оказанных ей медицинских услугах,

-диагнозе,

- об условиях настоящего договора.

**8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

8.1. Настоящий Договор может быть изменен иди расторгнут Сторонами в период его действия на основе их письменного соглашения, либо на условиях, предусмотренных Договором. Обязательства сторон считаются измененными или прекращенными с момента подписания соглашения об изменении или расторжении настоящего Договора, либо в сроки, установленные в таком соглашении.

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

8.3. Все условия договора рассматриваются в едином контексте с медицинской картой, планом лечения, анкетой о здоровье, информированном добровольном согласии и лицензией на осуществление медицинской деятельности.

8.4. В соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» Пациентка подтверждает свое согласие на обработку в ОГБУЗ «Клиническая больница №1» своих персональных данных письменно (Приложение № 4 к настоящему Договору).

8.5. Настоящий Договор вступает в силу с даты его подписания Сторонами и действует до исполнения Сторонами принятых на себя обязательств.

8.6. Договор составлен в 2 (двух) экземплярах на русском языке, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

8.7. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

8.8. Подписывая настоящий Договор Пациент заверяет Исполнителя в том, что они надлежащим образом проинформированы о возможности получения медицинской услуги в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи , однако просят провести Исполнителя на возмездной основе согласно настоящего Договора оказание платной медицинской услуги «Индивидуальное сопровождение родов врачом-акушером-гинекологом».

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

- Приложение № 1 – План оказания платной услуги «Индивидуальное сопровождение родов врачом-акушером-гинекологом».

- Приложение № 2 – Перечень оказываемых платных услуг (Пациент вправе ознакомиться в кассе/отделениях учреждения).

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

- Приложение № 4 - Информированное добровольное согласие пациентки на обработку персональных данных.

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

- Приложение № 6 – Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство.

- Приложение № 7 – Заявление о выборе врача-акушера-гинеколога.

- Приложение №8: Отказ от медицинского вмешательства (заполняется Пациентом при отказе от медицинского вмешательства).

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель**  **ОГБУЗ «Клиническая больница №1»**  Заказчик  ОГБУЗ «Клиническая больница №1»  214006, г.Смоленск, ул.Фрунзе д.40  тел. (4812) 70-20-06, 21-85-94  ИНН 6729007527  КПП 672901001  Министерство финансов Смоленской области  (ОГБУЗ «Клиническая больница №1»  л/с20809200300) ОТДЕЛЕНИЕ  СМОЛЕНСК БАНКА РОССИИ  //УФК по Смоленской области г.  Смоленск БИК 016614901  Кор. сч.№40102810445370000055  Р/с. 03224643660000006301  И.о. главного врача\_\_\_\_\_\_Л.Н. Маркелова | **Заказчик /Потребитель (Пациент)**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |

**Приложение № 1**

к договору на оказание платной услуги

«Индивидуальное сопровождение

родов врачом-акушером-гинекологом»

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

**ПЛАН**

**оказания платной услуги**

**«Индивидуальное сопровождение родов врачом-акушером-гинекологом»**

В рамках настоящего Договора предоставляются следующие услуги:

- гарантированное наличие места в ОГБУЗ «Клиническая больница №1» в день родов;

- возможность выбора или прикрепления персонального врача-акушера-гинеколога ОГБУЗ «Клиническая больница №1» (далее по тексту - Врача) в дородовом периоде, на период родов и в раннем послеродовом периоде (\*)[[1]](#footnote-1);

- предварительная очная консультации и осмотры с Врачом, начиная с 37 недели беременности;

- возможность круглосуточной телефонной связи с Врачом;

- участие Врача в процессе родоразрешения в составе дежурной бригады ОГБУЗ «Клиническая больница №1»;

- при поступлении пациентки в стационар и при возникновении экстренной ситуации, угрожающей жизни матери и плода, требующей экстренного родоразрешения – медицинская помощь оказывается дежурной бригадой и договор утрачивает силу.

**Подписи Сторон:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:** | **Пациентка:** |
| Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Клиническая больница №1»  АДМИНИСТРАТОР  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  (подпись) ФИО | ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  (подпись) ФИО |

**Приложение № 2**

к договору на оказание

платных медицинских услуг

«Индивидуальное сопровождение

родов врачом-акушером-гинекологом»

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

**Перечень**

**оказываемых платных услуг**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Наименование услуги** | **Количество, усл.** | **Сумма, руб.** |
| Оказание платной медицинской услуги «Индивидуальное сопровождение родов врачом акушером-гинекологом» |  |  |

**Подписи Сторон:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:** | **Пациентка:** |
| Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Клиническая больница №1»  АДМИНИСТРАТОР  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  (подпись) ФИО | ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  (подпись) ФИО |

**Приложение № 3**

к договору на оказание

платных услуг

«Индивидуальное сопровождение

родов врачом-акушером-гинекологом»

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

**Информированное добровольное согласие пациента**

**на предоставление медицинских услуг на платной основе**

На основании ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», от 21.11.2011 года № 323-ФЗ и в соответствии с требованиями Постановление Правительства РФ от 11 мая 2023 г. N 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 4 октября 2012 г. N 1006"

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

в рамках Договора об оказании платной услуги «Индивидуальное сопровождение родов врачом-акушером-гинекологом» № \_\_\_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года:

даю информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг мной в Областном государственном бюджетном учреждении «Клиническая больница №1» по адресу: 210006, г. Смоленск, ул. Фрунзе, д.40 и готова их оплатить.

Медицинским работником Областного государственного бюджетного учреждения «Клиническая больница №1» в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы получения платных медицинских услуг, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

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

При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

- мои права, предусмотренные ст. 19, 21 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Законом Российской Федерации от 07.02.92 № 2300-1 «О защите прав потребителей», В соответствии с требованиями ст. 20, 22 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 года, Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. N 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 4 октября 2012 г. N 1006" я информирована, что необходимым предварительным условием оказания медицинской помощи является получение моего добровольного информированного согласия, а также я имею право отказаться от получения платных медицинских услуг*.*

Я ознакомилась с «Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи в Смоленской области»,

Мне разъяснен порядок оказания бесплатной медицинской помощи.

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

(ФИО пациентки) Подпись

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

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

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

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

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

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

(Ф.И.О. представителя исполнителя)

**Приложение № 4**

к договору на оказание

платных медицинских услуг

«Индивидуальное сопровождение

родов врачом-акушером-гинекологом»

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

**Согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных**

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

Проживающий по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата выдачи, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку Областным государственным бюджетным учреждением здравоохранения "Клиническая больница №1" (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право должностным лицам Оператора, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам в интересах моего обследования и лечения.

Я представляю право Оператору передавать мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну при взаимодействии Оператора со страховыми медицинскими организациями, костромским областным фондом обязательного медицинского страхования, при осуществлении ОМС (оплата медицинской помощи, контроль качества медицинской помощи и др.)

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Приложение № 6  
утверждено**[**приказом**](https://internet.garant.ru/#/document/403111701/entry/0)**Министерства  
здравоохранения  
Российской Федерации  
от 12 ноября 2021 г. N 1051н**

**Информированное добровольное согласие на**

**медицинское вмешательство**

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо

законного представителя)

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

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

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании

согласия законным представителем)

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ г.  рождения, проживающего по адресу:

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

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

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских

вмешательств, включенные в [Перечень](https://internet.garant.ru/#/document/70172996/entry/1000) 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](https://internet.garant.ru/#/document/70172996/entry/0) Министерства

здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля

2012 г. N 390н[1](https://internet.garant.ru/#/document/403111701/entry/11111) (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в

Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения

первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем

которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(полное наименование медицинской организации)

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

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии)

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](https://internet.garant.ru/#/document/70172996/entry/1000), или потребовать

его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных [частью 9](https://internet.garant.ru/#/document/12191967/entry/2009)

[статьи 20](https://internet.garant.ru/#/document/12191967/entry/2009) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах

охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому

(которым) в соответствии с [пунктом 5 части 5 статьи 19](https://internet.garant.ru/#/document/12191967/entry/1955) Федерального

закона от 21 ноября 2011 г. N 323-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), в том числе после смерти:

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

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

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его

законного представителя, телефон)

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

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

(дата оформления)

──────────────────────────────

**Приложение № 7**

к договору на оказание

платных медицинских услуг

«Индивидуальное сопровождение

родов врачом-акушером-гинекологом»

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

Форма

И.о. главного врача

ОГБУЗ «Клиническая больница №1»

Л.Н. Маркеловой

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выборе врача-акушера-гинеколога

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

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

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

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

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

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

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

даю согласие на оказания на возмездной основе медицинской услуги «Индивидуальное сопровождению родов врачом-акушером-гинекологом ОГБУЗ «Клиническая больница №1»

С участием врача акушера-гинеколога со стороны ОГБУЗ «Клиническая больница №1»

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

В случае невозможности участия при родоразрешении прикрепленного врача акушера-гинеколога (болезнь, незапланированный отпуск, увольнение, командировка и иные причины) по рекомендации ОГБУЗ «Клиническая больница №1»:

Даю согласие на участие врача акушера-гинеколога (дублера)

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

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

Пациентка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_г.

**Приложение № 8  
утверждено**[**приказом**](https://internet.garant.ru/#/document/403111701/entry/0)**Министерства  
здравоохранения  
Российской Федерации  
от 12 ноября 2021 г. N 1051н**

**Отказ от медицинского вмешательства**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения

гражданина либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина либо

законного представителя)

в отношении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и

дата рождения при подписании отказа законным представителем)

при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной

помощи в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(полное наименование медицинской организации)

отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в

[Перечень](https://internet.garant.ru/#/document/70172996/entry/1000) 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](https://internet.garant.ru/#/document/70172996/entry/0) Министерства здравоохранения и социального развития

Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н[[2]](#footnote-2): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

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

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии)

медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от

вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность

развития осложнений заболевания (состояния) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного

(вышеуказанных) вида (видов) медицинского вмешательства, в том числе

вероятность развития осложнений заболевания (состояния)

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении

одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых

оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное

добровольное согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского

вмешательства.

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

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного

представителя гражданина)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) (дата оформления)

медицинского работника)

1. В случае невозможности участия при родоразрешении выбранного или прикрепленного врача-акушера-гинеколога (болезнь, незапланированный отпуск, увольнение, командировка и иные причины) ОГБУЗ «Клиническая больница» оставляет за собой право рекомендовать пациенту другого специалиста соответствующего профиля и квалификации с письменного согласия пациентки [↑](#footnote-ref-1)
2. Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный N 24082. [↑](#footnote-ref-2)