

УТВЕРЖДАЮ:

Главный врач ГБУЗ «Областная
клиническая больница № 2 »



Михайлова С.А.

2017 г.

ПОЛОЖЕНИЕ
О ПОРЯДКЕ И УСЛОВИЯХ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ НАСЕЛЕНИЮ
ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ И ИНЫХ УСЛУГ
ГБУЗ «ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 2»

Положение о порядке и условиях предоставления населению платных медицинских и иных услуг (далее – Положение) разработано в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации, Бюджетным кодексом Российской Федерации, Налоговым кодексом Российской Федерации, Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом Российской Федерации от 12.01.1996 г. № 7-ФЗ "О некоммерческих организациях", Законом Российской Федерации от 07.02.1992 г. № 2300-1 "О защите прав потребителей", Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг", постановлением Правительства РФ от 06.03.2013 г. №186 «Об утверждении правил оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории РФ», Приказом Министерства здравоохранения Челябинской области от 25.12.2012 г. № 1821 «Об утверждении Порядка определения платы за оказание услуг (выполнение работ), относящихся к основным видам деятельности государственных бюджетных учреждений, в отношении которых Министерство здравоохранения Челябинской области выполняет функции и полномочия учредителя, для граждан и юридических лиц», Приказом Министерства здравоохранения Челябинской области от 03.10.2016 г. № 1668 «Об утверждении порядка определения цен (тарифов) на медицинские услуги, предоставляемые государственными бюджетными и казенными учреждениями, в отношении которых Министерство здравоохранения Челябинской области осуществляет функции и полномочия учредителя».

Настоящее Положение вводится в целях упорядочения деятельности ГБУЗ «Областная клиническая больница № 2» (далее – Учреждение) в части предоставления платных медицинских и иных услуг (далее – платные услуги), более полного удовлетворения потребности населения в медицинской помощи, а также привлечения дополнительных финансовых средств для материально-технического развития и содержания Учреждения и материального поощрения работников.

1. ОРГАНИЗАЦИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ УСЛУГ

1.1. Основанием для оказания Учреждением платных услуг является:

- 1) отсутствие данного вида услуг в Перечне видов медицинской помощи, предоставляемой в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, проживающим в Челябинской области, бесплатной медицинской помощи, утверждаемой ежегодно постановлением Правительства Челябинской области;
- 2) добровольное желание пациента получить медицинскую услугу (если это не создает препятствий для получения бесплатной медицинской помощи лицам, имеющих на это право), в т.ч. с повышенным уровнем комфортности;
- 3) предоставление услуги сверх объемов той медицинской помощи, которая предусмотрена медицинскими стандартами.
- 4) оказание медицинской помощи коллективам и отдельным работникам предприятий, организаций, учреждений по договорам, а также клиентам страховых компаний в рамках договоров добровольного медицинского страхования;
- 5) оказание медицинских услуг гражданам иностранных государств;
- 6) оказание медицинских услуг по направлениям частных медицинских центров в соответствии с заключенными договорами.

1.2. Платные медицинские услуги населению (независимо от места жительства) предоставляются Учреждением в виде лечения, диагностики, реабилитации при наличии лицензии на избранные виды деятельности и сертификатов специалистов у исполнителей услуги.

1.3. Учреждение обязано обеспечивать соответствие предоставляемых платных медицинских услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

1.4. Платные услуги осуществляются в рамках договоров, заключенных между администрацией больницы, в лице главного врача, и гражданами (или юридическими лицами). Договор с гражданами заключается в письменной форме в 2-х экземплярах (по одному для каждой стороны) и должен содержать: информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, вид услуги, условия и сроки получения (предоставления) услуг, стоимость и порядок оплаты, права, обязанности и ответственность сторон (приложение 1).

1.5. Пациенты, пользующиеся платными услугами, вправе требовать предоставления услуг надлежащего качества, предоставления информации в соответствии с Законом о защите прав потребителей, которая должна быть размещена на стендах Учреждения.

1.6. Пациенты, пользующиеся платными услугами, обязаны:

- 1) оплатить стоимость предоставляемой услуги;
- 2) выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление платной услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений.

1.7. Претензии и споры, возникшие между пациентом и лечебно-

профилактическим Учреждением, разрешаются по соглашению сторон или в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2. ПОРЯДОК ФОРМИРОВАНИЯ И РАСЧЁТА ЦЕН ПО ПЛАТНЫМ УСЛУГАМ

2.1. Расчет себестоимости платных услуг производится Учреждением самостоятельно на основе технологической карты выполнения услуги (приложение 2) и калькуляции.

2.2. Разработка технологических карт на платные услуги возлагается на заведующих соответствующими подразделениями.

2.3. Расчет (калькуляция) цен на платные услуги возлагается на планово-экономический отдел Учреждения и осуществляется в соответствии с Налоговым Кодексом, законодательством Российской Федерации, Челябинской области, с учетом экономически обоснованных затрат.

2.4. В цену на платные услуги включаются все виды затрат, необходимых для выполнения конкретных услуг, которые складываются аналогично структуре сметных расходов с учетом Налогового Кодекса РФ и действующего законодательства:

1) оплата труда:

- оплата труда медицинских работников, непосредственно оказывающих услуги,
- оплата труда работников параклинических подразделений,
- оплата труда вспомогательных служб и АУП, принимающих участие в оказании платных услуг,
- начисления на оплату труда в соответствии с действующим законодательством;

2) материальные затраты:

- затраты на питание в стационаре,
- затраты на медикаменты, включая параклинические исследования, используемые при оказании платных услуг,
- другие материальные и хозяйственные расходы;

3) амортизация оборудования (в соответствии с нормами амортизационных отчислений);

4) коммунальные услуги, услуги связи и транспортные услуги;

5) прочие расходы, учитываемые при налогообложении, в соответствии с Налоговым Кодексом РФ;

6) рентабельность. Предельный уровень рентабельности устанавливается 25-50 %.

2.5. Цены устанавливаются в виде прейскуранта .

2.6. Прейскуранты цен формируются для каждого подразделения Учреждения: амбулаторно-поликлинического, стационарного, параклинического. Прейскуранты цен обязательно доводятся до сведения

пациента (потребителя) через средства наглядной информации (объявления, плакаты, планшеты, интернет, сайт), размещаемые в отделениях Учреждения, оказывающих платные услуги, и в специально отведенных местах.

3. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ ПЛАТНЫХ УСЛУГ

3.1. Расчеты с населением осуществляются через кассу Учреждения с выдачей кассового чека или в исключительных случаях (при отсутствии в здании кассового аппарата по причине поверки) через бланки строгой отчетности (приходный кассовый ордер), при этом материально ответственное лицо (кассир) в обязательном порядке выдает пациенту квитанцию, подтверждающую факт приема наличных средств.

3.2. Расчеты с предприятиями, организациями, страховыми компаниями осуществляются путем перечисления на лицевой счет Учреждения, открытый в Министерстве финансов Челябинской области для учета средств от оказания платных услуг, предусмотренной договором суммы - единовременным платежом или по частям. В платежных поручениях, в графе «Назначение платежа» плательщик средств указывает: 1) номер лицевого счета получателя средств, 2) код дохода, 3) вид платежа.

3.3. Не допускается взимание средств за платные услуги непосредственными исполнителями услуг.

4. УЧЕТ ПЛАТНЫХ УСЛУГ

4.1. В Платежном балансе финансово-хозяйственной деятельности Учреждения отражаются все доходы Учреждения от оказания платных услуг в соответствии с разрешением, выданным Министерством здравоохранения Челябинской области.

4.2. Бухгалтерский учет средств, полученных от платных услуг, ведется в соответствии с требованиями приказа Минфина РФ от 16.12.2010 г. № 174н «Об утверждении плана счетов бухгалтерского учета бюджетных учреждений и Инструкции по его применению».

4.3. Бухгалтерская отчетность по средствам, полученным от платных услуг, составляется и представляется в объеме и порядке, установленных приказом Минфина РФ от 25.03.2011 г. № 33н «О порядке составления, представления годовой, квартальной бухгалтерской отчетности государственными (муниципальными) бюджетными и автономными учреждениями».

4.4. Статистический, экономический и бухгалтерский учет, а также иная отчетность по платным услугам ведется в Учреждении отдельно от отчетности по медицинской помощи, оказываемой в рамках Территориальной программы, в соответствии с действующей системой статистического, экономического анализа, бухгалтерского учета и финансовой отчетности в бюджетных организациях.

4.5. Ответственность за непосредственный (первичный) учет оказанных платных услуг вменяется заведующим отделениями Учреждения и

осуществляется в специальных журналах (приложение 3) с последующим ежемесячным представлением в планово-экономический отдел отчета о выполненных платных услугах по форме (приложение 4,5,6) в срок до 1 числа месяца, следующего за отчетным.

4.6. Бухгалтерия после сверки с планово-экономическим отделом полученной выручки от реализации платных услуг производит необходимые расчеты с медицинскими работниками, оказывающими платные услуги, и в срок до 5 числа следующего месяца представляет финансовый отчет (ежемесячный и квартальный) в вышестоящую организацию по утвержденной отчетной форме.

5. ПОРЯДОК РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ДОХОДА ОТ ПЛАТНЫХ УСЛУГ

5.1. Все операции со средствами, полученными от платных услуг, ведутся через лицевой счет, открытый в Министерстве финансов Челябинской области.

5.2. Средства, полученные от платных услуг, расходуются в строгом соответствии с Планом финансово-хозяйственной деятельности Учреждения.

5.3. В зависимости от объема фактически полученных средств возможно изменение показателей Плана финансово-хозяйственной деятельности Учреждения.

5.4. Доход, полученный от оказания платных услуг распределяется следующим образом:

- 1) Фонд заработной платы составляет 30 %;
- 2) Резервный фонд отпускных составляет – 15 % включаемые в среднюю заработную плату в соответствии со ст 139 ТК РФ, постановлением Правительства РФ от 24.12.2007 г. № 922;
- 3) Возмещение затрат на оказание услуг в соответствии с расчетами.
- 4) В случае предоставления услуг врачей –специалистов других ЛПУ, распределение денежных средств производится в соответствии с утвержденным расчетом.

5.5. Средства от платных услуг, полученные и не использованные в текущем году, используются в соответствии с Планом финансово-хозяйственной деятельности следующего финансового года.

6. КОНТРОЛЬ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ УСЛУГ

6.1. Контроль организации и качества выполнения платных услуг, а также правильности взимания платы осуществляют в пределах своей компетенции органы Министерства здравоохранения Челябинской области и другие государственные органы и организации, на которые в соответствии с законами и иными правовыми актами Российской Федерации возложена проверка деятельности медицинских учреждений.

6.2. Контроль качества предоставляемых платных услуг проводится в соответствии с регламентирующими документами, определяющими

порядок организации внутриведомственного контроля качества медицинских услуг.

6.3. В случае выявления нарушений в организации платных услуг и качестве их предоставления главный врач вправе:

1) уменьшить размер отчислений от выручки по платным услугам на дополнительное материальное вознаграждение за период, в котором выявлены нарушения;

2) наложить запрет на проведение платных услуг в отделении (или по отдельным работникам);

3) изъять из утвержденного для отделения перечня платных услуг отдельные их виды.

СОГЛАСОВАНО:

Заместитель главного врача по
медицинской части

С.Н. Бусыгин

Заместитель главного врача по
экономике

Л.В. Маликова

Договор на оказание платных медицинских услуг № _____

г. Челябинск

« ____ » _____ 201_ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областная клиническая больница № 2» (лицензия на осуществление медицинской деятельности № _____ г., выданная Министерством здравоохранения Челябинской области), именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице главного врача Михайловой Светланы Александровны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и

_____, именуемый в дальнейшем "Потребитель", с другой стороны, вместе именуемые "Стороны", заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия Потребителя (законного представителя потребителя), обязуется оказать ему медицинские услуги (далее – Услуги), отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а Потребитель обязуется оплатить их в порядке и размере, установленных настоящим Договором.

1.2. Согласованные виды диагностического обследования и лечения, а именно:

_____ указаны в Приложении №1 к Договору и являются его неотъемлемой частью.

1.3. Медицинские услуги оказываются квалифицированными специалистами Исполнителя в отделении _____

1.4. Сроки предоставления медицинских услуг, при условии выполнения п.3.1, п.3.2 договора, определяются медицинскими показаниями и отражаются в первичных медицинских документах.

Срок оказания медицинских услуг: с « ____ » _____ 201_ г. по « ____ » _____ 201_ г.

1.5. Потребитель подтверждает, что заключение договора не является следствием ущемления его прав на получение бесплатной медицинской помощи, проинформирован о возможности и условиях её предоставления в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи (в том числе по программе ОМС) и дает свое согласие на оказание ему платных медицинских услуг в его интересах и готов их оплатить за счет собственных средств.

подпись
пациента

1.6. Потребитель согласен с условиями оказания медицинских и сервисных услуг. Со стоимостью оказания платных медицинских и сервисных услуг, квалификацией медицинского персонала ознакомлен и согласен.

подпись
пациента

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Потребитель обязуется:

2.1.1. оплатить медицинские услуги в размере и порядке, указанным в п.3.1. и п.3.2. настоящего Договора;

2.1.2. до назначения курса лечения сообщить лечащему врачу все сведения о наличии у него других заболеваний, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, а также другую информацию, влияющую на протекание или лечение заболевания.

2.1.3. выполнять все назначения и рекомендации медицинского персонала Исполнителя во время всего курса лечения;

2.1.4. соблюдать график приема врачей-специалистов;

2.1.5. соблюдать внутренний режим подразделений Исполнителя.

2.1.6. при прохождении курса лечения сообщить лечащему врачу о любых изменениях самочувствия.

2.1.7. отказаться на весь курс лечения от употребления наркотиков и лекарств их содержащих, психотропных препаратов (кроме разрешенных лечащим врачом), алкогольсодержащих напитков.

2.1.8. согласовывать с лечащим или дежурным врачом употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей и т.д., не назначенных Исполнителем.

2.2. Пациент имеет право:

- 2.2.1. требовать от Исполнителя предоставления сведений о наличии лицензии и сертификата, расчета стоимости оказываемых услуг;
- 2.2.2. получать от Исполнителя для ознакомления в доступной для понимания и восприятия форме любые сведения о состоянии своего здоровья, протекании лечения, данные промежуточных обследований, результаты анализов, протоколы консилиумов и т.д.;
- 2.2.3. отказываться от медицинского вмешательства (в письменной форме);
- 2.2.4. требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии (врачебной тайны);
- 2.2.5. дать добровольное согласие на медицинское вмешательство;
- 2.2.6. на выбор врача, оказывающего необходимые медицинские услуги;
- 2.2.7. отказаться от исполнения настоящего Договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

2.3. Исполнитель обязуется:

- 2.3.1. оказать медицинские услуги качественно, в соответствии с предусмотренными медицинскими технологиями и в срок, указанный в данном Договоре;
- 2.3.2. использовать в процессе лечения только лицензированные, запатентованные способы, рекомендованные российской и общемировой медицинской практикой;
- 2.3.3. соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия и здоровья Пациента (врачебную тайну);
- 2.3.4. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя.

2.4. Исполнитель имеет право:

- 2.4.1. Требовать от Потребителя соблюдения:
 - графика прохождения процедур;
 - соблюдения внутреннего режима;
 - соблюдения режима приема лекарственных препаратов, режима питания, и других предписаний.
- 2.4.2. продлить курс лечения Потребителя по медицинским показаниям;
- 2.4.3. в одностороннем порядке прекратить или приостановить выполнение своих обязательств по настоящему Договору при неисполнении Потребителем своих обязательств.
- 2.4.4. в случае возникновения неотложных состояний Исполнитель имеет право самостоятельно, определять объем исследований и оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных настоящим Договором.

3. ЦЕНА И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ УСЛУГ

- 3.1. Стоимость Услуги устанавливается действующим прейскурантом платных медицинских услуг и составляет _____ рублей _____ копеек (_____ копеек). НДС не предусмотрен.

3.2. Оплата Услуги осуществляется Потребителем в порядке 100-процентной предоплаты до получения. Услуги путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на лицевой счет Исполнителя.

3.3. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Потребителя с учетом уточненного диагноза, сложности операции и иных затрат на лечение.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

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

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

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

5. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

5.1. Все изменения и дополнения к настоящему договору, требующие взаимного согласия Сторон, будут действительны только в случае, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями Сторон (либо ими лично).

6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

5.1. Срок оказания услуг определяется поступлением Потребителя для прохождения лечения (обследования) и заканчивается завершением процедуры или выпиской Потребителя.

5.2. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания и завершается исполнением сторонами обязательств по Договору.

5.3. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. При этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

5.4. Настоящий договор составлен в двух аутентичных экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

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

7. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ГБУЗ «ОКБ №2»

Юридический адрес: 454010, г. Челябинск, ул. Гагарина, д. 18

ИНН 7449005303 КПП 744901001

л/с 20201602318ПЛ

в Министерстве финансов Челябинской области

р/сч 40601810500003000001

в ГРКЦ ГУ России по Челябинской области г. Челябинск

БИК 047501001

Свидетельство о внесении сведений в ЕГРЮЛ серия 74 № 0055558368, выдано ИФНС России по Ленинскому району

г. Челябинска 07.02.2012 г.

ПОТРЕБИТЕЛЬ:

ФИО _____

Паспорт _____ № _____, выдан _____

дата выдачи « _____ » _____ 20 _____ г.

Адрес _____

Телефон: _____

Подпись Потребителя _____

Главный врач _____ С.А. Михайлова

УВЕДОМЛЕНИЕ

Во исполнение п. 15 «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006, ГБУЗ «ОКБ № 2» сообщает Вам, 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 невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

Главный врач ГБУЗ «ОКБ №2» _____ /С.А. Михайлова/

С уведомлением ознакомлен _____ / _____ /

Приложение № 1
к договору № _____ от « _____ » _____ 2017 г.

ВИДЫ И ОБЪЕМЫ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Наименование услуги	Кол-во	Ед.	Цена	Сумма
ИТОГО:				

Стоимость медицинских услуг составляет _____
(_____) руб. коп.

и определяется на основании действующего Прейскуранта, утвержденного ГБУЗ «ОКБ № 2» и согласованного с Потребителем в соответствии с п. 1.2 настоящего Договора.

После оплаты в кассу Пациенту выдается кассовый чек установленного образца, подтверждающий произведенную оплату оказанных медицинских услуг.

По требованию Пациента сотрудниками бухгалтерии ГБУЗ «ОКБ № 2» предоставляется справка установленного образца об оплате медицинских услуг для предъявления в налоговые органы Российской Федерации.

ГБУЗ «ОКБ № 2»

ПАЦИЕНТ

Главный врач _____ С.А. Михайлова

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №2»**

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

Я _____ (фамилия, имя, отчество - полностью)
_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан

Я, паспорт: _____, выдан: _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица признанного недееспособным
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)

поставлен (поставлена) в известность, что я (представляемый) нуждаюсь(ется) в получении стационарной/амбулаторно-поликлинической медицинской помощи

- Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого);

- Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении и обязуюсь их соблюдать;

- Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: анализов крови, в том числе на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, анализов мочи и других биологических сред, проведения электрофизиологических, рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических исследований и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур, перевязок. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;

- Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;

- Я извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) 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 (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

- Я согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;

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

- Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам:

_____ - Разрешаю посещение в лечебном учреждении представляемого ребенка или лица, признанного недееспособным.

_____ " _____ 20 _____ года. Подпись пациента/законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач _____ подпись (_____)
(должность, И.О. Фамилия)

ПРИМЕЧАНИЕ:

1. Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

2. При отсутствии законных представителей решение о необходимости лечения принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача или его I заместителя, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача и законных представителей.

3. В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача

Дополнительная информация:

"__" _____ 20__ года. Подпись пациента/законного представителя (_____)

Расписался в моем присутствии:

Врач _____ подпись (_____)
(должность, И.О. Фамилия)

Приложение № 3
к договору № _____ от « _____ » _____ 201__ г.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ
ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ЖЕЛАНИЮ
ЖЕНЩИНЫ**

Я, нижеподписавшаяся, _____ года рождения в соответствии со статьями 20 и 56 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" настоящим подтверждаю свое согласие на проведение мне искусственного прерывания беременности (нужное подчеркнуть):

медикаментозным методом;

путем хирургической операции с разрушением и удалением плодного яйца (эмбриона человека), которая проводится под обезболиванием.

1. Перед направлением на искусственное прерывание беременности мне предоставлено время для обдумывания и принятия окончательного решения в течение (нужное подчеркнуть):

48 часов; 7 дней.

В течение указанного периода:

я проинформирована о сроке моей беременности, об отсутствии у меня медицинских противопоказаний к вынашиванию данной беременности и рождению ребенка;

мне проведено/не проведено (нужное подчеркнуть) ультразвуковое исследование (далее - УЗИ) органов малого таза, в процессе которого продемонстрировано изображение эмбриона и его сердцебиение (при наличии сердцебиения) "___" _____ 20__ г. (указать дату проведения согласно отметке в медицинской документации или дату отказа от медицинского вмешательства, оформленного в установленном порядке);

2. Я проинформирована врачом-акушером-гинекологом: о том, что имею право не делать искусственное прерывание беременности и не прерывать беременность;

о том, что при условии строжайшего соблюдения правил проведения искусственного прерывания беременности могут возникнуть следующие осложнения:

после проведения искусственного прерывания беременности, в том числе в качестве отдаленных последствий: бесплодие, хронические воспалительные процессы матки и (или) придатков матки, нарушение функции яичников, тазовые боли, внематочная беременность,

невынашивание беременности, различные осложнения при вынашивании последующей беременности и в родах - преждевременные роды, различные осложнения родовой деятельности, кровотечение в родах и (или) послеродовом периоде, психические расстройства, опухолевые процессы матки, скопление крови в полости матки; остатки плодного яйца в полости матки, острый и (или) подострый воспалительный процесс матки и (или) придатков матки, вплоть до перитонита, что потребует повторного оперативного вмешательства, не исключая удаления придатков матки и матки,

3. Мне даны разъяснения врачом-акушером-гинекологом о:

механизме действия назначаемых мне перед проведением и во время проведения искусственного прерывания беременности лекарственных препаратов для медицинского применения и возможных осложнениях при их применении;

основных этапах обезболивания;

необходимости прохождения медицинского обследования для контроля за состоянием моего здоровья после проведения искусственного прерывания беременности;

необходимости приема лекарственных препаратов для медицинского применения в соответствии с назначениями лечащего врача;

режиме поведения, в том числе половой жизни, гигиенических мероприятиях после проведения искусственного прерывания беременности и возможных последствиях в случае несоблюдения рекомендаций;

методах предупреждения нежелательной беременности;

сроках контрольного осмотра врачом-акушером-гинекологом.

4. Я имела возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получила исчерпывающие ответы. Мне разъяснены возможность не прибегать к искусственному прерыванию беременности и предпочтительность сохранения и вынашивания беременности и рождения ребенка.

5. ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Получив полную информацию о возможных последствиях и осложнениях в связи с проведением искусственного прерывания беременности, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление и я осознанно принимаю решение о проведении мне искусственного прерывания беременности.

Пациент _____

(фамилия, имя, отчество)

(подпись)

Дата "___" _____ 20__ г.

6. Я свидетельствую, что разъяснил пациентке суть, ход выполнения, негативные последствия проведения искусственного прерывания беременности, возможность не

прибегать к нему и предпочтительность вынашивания беременности и рождения ребенка, дал ответы на все вопросы.

7. Подтверждаю, что рекомендовал пациентке проведение УЗИ органов малого таза для демонстрации изображения эмбриона и его сердцебиения (при наличии сердцебиения).

Врач-акушер-гинеколог _____
(имя, отчество, фамилия) (подпись)

Дата " __ " _____ 20__ г.