

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
ПРИ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со ст. 20 Федерального закона РФ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

Я,

(Ф.И.О.)

проживающий (ая) по адресу:

находясь в государственном казенном учреждении здравоохранения Владимирской области «Областная психиатрическая больница № 1», в доступной для меня форме получил (а) полную информацию о возможности и условиях получения бесплатной медицинской помощи в рамках «Программы государственных гарантий», даю добровольное согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.

Я добровольно даю согласие на поведение мне в соответствии с назначением врача лечебных мероприятий:

(не нужное зачеркнуть)

-проведение медицинского осмотра врачом-психиатром;

--психологическое обследование, в том числе анонимно;

-обязательное психиатрическое освидетельствование комиссией (с психологом, без психолога);

Я ознакомлен (а) с распорядком и правилами, установленными в ГКУЗ ВО «Областная психиатрическая больница № 1», и обязуюсь их соблюдать.

Я получил (а) в доступной форме полную информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, о ее последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Я уполномочиваю медицинский персонал выполнять любое медицинское вмешательство, которое может потребоваться для получения результата от проводимого медицинского мероприятия, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

Я информирован (а) о том, что мне предстоит делать во время проведения лечебных процедур.

Мне лично были разъяснены цель, характер, ход и объем медицинского вмешательства.

Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, обо всех перенесенных мною (представляемым) травмах, операциях, заболеваниях. Я сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, цели, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Я получил (а) исчерпывающие и понятные мне ответы на вопросы и имел (а) достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное мне обследование и лечение.

Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям.

(Ф.И.О. гражданина)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(дата оформления)

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавшийся

(Ф.И.О. полностью)

проживающий (ая) по адресу:

(по месту регистрации)

(серия и номер паспорта)

(дата выдачи и название выдавшего органа)

Реквизиты полиса ОМС (ДМС) \_\_\_\_\_

(наименование страховой компании, серия и № страхового полиса)

СНИЛС \_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ГКУЗ ВО «Областная психиатрическая больница №1» (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты паспорта(документа удостоверения личности), 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 при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС...) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией \_название\_ [и территориальным фондом ОМС] с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара, пять лет - для поликлиники).

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_ и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан:

- а) прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской помощи.
- б) по истечении указанного срока хранения моих персональных данных (двадцать пять лет) уничтожить(стереть) все мои персональные данные из баз данных автоматизированной информационной системы Оператора, включая все копии на машинных носителях информации, без уведомления меня об этом.

Контактный телефон(ы): \_\_\_\_\_

Почтовый адрес \_\_\_\_\_

адрес \_\_\_\_\_

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

Регистратор \_\_\_\_\_ (подпись, Ф.И.О)

# ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Государственное казенное учреждение здравоохранения Владимирской области «Областная психиатрическая больница № 1» (ГКУЗ ВО «ОПБ № 1»), действующее на основании Устава и лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-33-01-003088 от 20.08.2020 (1. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: психиатрии; сексологии. 2. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием, психиатрическому освидетельствованию; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе профессиональной пригодности, экспертизе временной нетрудоспособности), выданной департаментом здравоохранения администрации Владимирской области (адрес: г. Владимир, ул. Б. Московская, 61, тел. (4922) 77-85-31), зарегистрировано в ЕГРЮЛ администрацией г. Владимира Владимирской области от 16.02.1995 № 251, ОГРН 1033303407114, ИНН/КПП 3329012453/332901001, поставлено на учет в ИМНС № 10 по Владимирской области за № 3340, именуемое в дальнейшем «Исполнитель»), в лице, действующего на основании приказа от 12.07.2017 г. № 213 и доверенности, с одной стороны, и гражданина, проживающего \_\_\_\_\_, телефон \_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, далее именуемые Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

## 1. Предмет договора.

1.1. На условиях настоящего Договора Исполнитель обязуется оказать Заказчику на возмездной основе следующие медицинские услуги:

Наименование медицинской услуги	Код услуги	Цена услуги	Количество услуг	Сумма
Психиатрическое освидетельствование (без психолога) ГИБДД				
Итого:				

1.2. Стоимость медицинских услуг, оказываемых Исполнителем, содержится в действующем на момент заключения настоящего Договора Перечне платных медицинских услуг.

1.3. Заказчик дает информированное добровольное согласие на предоставление платных медицинских услуг на условиях, указанных в настоящем договоре.

1.4. Заказчик дает своё согласие на обработку его персональных данных согласно требованиям ст. 9 ФЗ РФ «О персональных данных»

1.4. Результатом оказания медицинской услуги является акт оказания услуг и медицинские документы, либо их копии, отражающие состояние здоровья Заказчика.

## 2. Права и обязанности Сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

- оказывать медицинские услуги, указанные в п. 1.1. настоящего договора, с соблюдением порядков оказания медицинской помощи, утвержденных Минздравом РФ;

- обеспечить Заказчика бесплатной, доступной информацией, касающейся режима работы медицинского учреждения, наличия лицензии на конкретные виды медицинской деятельности, перечня платных медицинских услуг, уровня профессиональной подготовки и квалификации медицинского персонала, выполняющего платные медицинские услуги;

- сохранить в тайне информацию об обращении заказчика за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе, заболевании и иных сведениях, полученных при его обследовании и лечении.

2.2. Исполнитель имеет право:

- в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем необходимых диагностических исследований и комплекс мероприятий для оказания медицинской помощи;

- в случае необходимости запрашивать информацию о результатах, полученных при обследовании военно-врачебной комиссией (содержится в военном билете военнослужащего) и информацию характеризующего свойства;

- отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору лишь при условии полного возмещения заказчику убытков.

2.3. Заказчик обязан:

- оплатить медицинские услуги в соответствии с п. 1.1. настоящего договора;

- информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, в том числе предоставлять в случае необходимости информацию врачу-психиатру о результатах, полученных при обследовании военно-врачебной комиссией (содержится в военном билете военнослужащего);

- соблюдать правила поведения в медицинском учреждении, выполнять рекомендации и назначения медицинского персонала Исполнителя.

2.4. Заказчик имеет право:

- на получение качественной медицинской услуги;

- в любой момент отказаться от исполнения договора с оплатой фактически оказанных услуг (ст. 782 ГК РФ);

- расторгнуть договор в случае отказа от медицинских услуг.

2.5. Стороны несут взаимную ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору в соответствии с действующим законодательством РФ.

## 3. Порядок расчетов.

3.1. Оплата предоставляемых услуг осуществляется Заказчиком путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя при подписании настоящего договора. Заказчик ознакомлен с прейскурантом цен до подписания договора.

3.2. Услуги подлежат оплате в полном объеме, если иное не предусмотрено законом или настоящим договором, а также в случае невозможности исполнения по вине Заказчика.

## 4. Срок действия договора.

4.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания и действует до фактического выполнения платных медицинских услуг.

## 5. Прочие условия.

5.1. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

5.2. Претензии и споры, возникшие между Заказчиком и Исполнителем, разрешаются по соглашению сторон или в судебном порядке в соответствии с законодательством РФ.

Исполнитель:  
ГКУЗ ВО «ОПБ № 1»  
Адрес: 600020, г. Владимир, ул. Большая Нижегородская, д. 63Ч  
ИНН 3329012453, КПП 332901001, ОГРН 1033303407114, ОКПО 01919337  
Тел./факс: (4922) 32-46-86/(4922) 32-20-86  
e-mail: mail@vopb1.elcom.ru  
подпись \_\_\_\_\_

Заказчик:  
Ф.И.О.

Паспорт (серия и номер):

Адрес:

Подпись \_\_\_\_\_

Государственное казенное учреждение здравоохранения Владимирской области «Областная психиатрическая больница № 1» (юридический адрес: ул. Б. Нижегородская, д. 63-Ч, г. Владимир, 600020)  
e-mail: mail@vopb1.elcom.ru, тел. (4922) 32-46-86, 32-26-14, ИНН/КПП 3329012453/332901001

АКТ  
по договору об оказании медицинских услуг № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Настоящий акт составлен о том, что Заказчику диспансерным отделением ГКУЗ ВО «ОПБ №1» с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ оказаны медицинские услуги согласно п. 1.1. Договора на сумму \_\_\_\_\_. Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания медицинских услуг не имеет.

Исполнитель: \_\_\_\_\_

М.п.

Заказчик: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_