

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ  
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тюменской области  
«Областная клиническая психиатрическая больница»  
(ГБУЗ ТО «ОКПБ»)

**ПРИКАЗ**

« 24 » августа 2017 г.

№ 71-09

п. Винзили

**О платных медицинских услугах**

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Положение о платных услугах, оказываемых государственным бюджетным учреждением здравоохранения Тюменской области «Областная клиническая психиатрическая больница» (Приложение № 1).
2. Утвердить форму договора для граждан на предоставление платных медицинских услуг (ПМУ) (Приложение № 2).
3. Утвердить форму Акта приема-передачи оказанных платных медицинских услуг (Приложение № 3).
4. Утвердить форму Согласия на оплату стоимости услуги согласно договору (Приложение № 4).
5. Утвердить форму Информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи (Приложение № 5).
6. Утвердить форму Отказа от видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи (Приложение № 6).
7. Утвердить форму Информированного добровольного согласия пациента на предоставление медицинских услуг на платной основе (Приложение № 7,8).
8. Утвердить форму Согласия субъекта персональных данных, обратившегося в медицинскую организацию для прохождения обязательного психиатрического освидетельствования, на обработку его персональных данных (Приложение № 9).
9. Утвердить форму Согласия субъекта персональных данных на обработку персональных данных субъекта персональных данных, обратившегося в медицинскую организацию (Приложение № 10).
10. Утвердить форму Согласия законного представителя субъекта персональных данных на обработку персональных данных субъекта персональных данных, обратившегося в медицинскую организацию (Приложение № 11).
11. Приказ ГБУЗ ТО «ОКПБ» № 85од от 30.08.2013 – отменить.
12. Назначить ответственными за оказание платных медицинских услуг по адресам:

12.1. Тюменская область, Тюменский район, п. Винзили, ул. Сосновая 19 –  
Руководителя стационарной службы;

12.2. Тюменская область, г. Тюмень, ул. Червишевский тракт, д.5, строение 1 –  
Заведующего амбулаторно-поликлинической службы;

12.3. Тюменская область, г. Тюмень, ул. Герцена, д.74 – Руководителя отдела по  
контролю качества и безопасности медицинской помощи;

12.4. Тюменская область, г. Тюмень, ул. Юрия Семовских, д.14 – Заведующего  
отделением амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы.

12.5. Тюменская область, г. Ишим, ул. Карла Маркса, д.38; ул. Коммунаров, д.21;  
ул. Гончарная, д.1; ул. Железнодорожная, д.2 – заведующую Ишимским филиалом  
ГБУЗ ТО «ОКПБ» (филиал № 1);

12.6. Тюменская область, г. Тобольск, ул. Первомайская, д.21А (корп.1, корп.1/1,  
корп. 2, корп.2/2) – заведующую Тобольским филиалом ГБУЗ ТО «ОКПБ» (филиал  
№ 2).

13. Контроль исполнения настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач



Е.В. Родяшин

**Положение о предоставлении платных медицинских услуг в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Тюменской области «Областная клиническая психиатрическая больница»**

**1. Общие положения**

1.1. Настоящее Положение о предоставлении платных медицинских услуг (далее – Положение) определяет порядок и условия предоставления Государственным бюджетным учреждением здравоохранения Тюменской области «Областная клиническая психиатрическая больница» (далее – Исполнитель) платных медицинских услуг.

1.2. Настоящее Положение разработано в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Законом РФ от 2 июля 1992 г. N 3185-1 "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании", главой VII Федерального закона от 8 января 1998 г. N 3-ФЗ "О наркотических средствах и психотропных веществах", Законом Российской Федерации от 07.02.1992 г. № 2300- «О защите прав потребителей», Гражданским кодексом РФ, Налоговым кодексом РФ, Законом Тюменской области от 28 декабря 2004 г. N 333 «Об организации медицинской помощи населению Тюменской области», Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012 года № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», Постановлением Правительства Тюменской области от 28 декабря 2016 г. N 595-п "О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Тюменской области на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов", Уставом ГБУЗ ТО «ОКПБ».

1.3. В Положении используются следующие основные понятия:

"**платные медицинские услуги**" - медицинские услуги, предоставляемые Исполнителем на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования (далее - договор);

"**потребитель**" - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

"**заказчик**" - физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;

"**исполнитель**" - медицинская организация (ГБУЗ ТО «ОКПБ»), предоставляющая платные медицинские услуги потребителям.

1.4. Платные медицинские услуги предоставляются Исполнителем на основании перечня услуг, составляющих медицинскую деятельность и указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданной в установленном порядке, в соответствии с действующим законодательством и уставом ГБУЗ ТО «ОКПБ».

1.5. Положение регулирует отношения в сфере охраны здоровья человека, возникающие

между Исполнителем, заказчиками и потребителями при оказании платных медицинских услуг.

1.6. Платные медицинские услуги предоставляются на основании договоров возмездного оказания услуг. Требования к платным медицинским услугам, в том числе к их объему и срокам оказания, определяются по соглашению сторон договора, если федеральными законами, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации не предусмотрены другие требования.

## **2. Условия предоставления платных медицинских услуг**

2.1. При заключении договора потребителю (заказчику) предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Тюменской области (далее - территориальная программа).

Отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках территориальной программы.

2.2. Исполнитель имеет право оказывать пациентам платные медицинские услуги:

2.2.1. на иных условиях, чем предусмотрено территориальной программой, по желанию потребителя (заказчика);

2.2.2. при оказании медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

2.2.3. гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации;

2.2.4. при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных статьей 21 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и случаев оказания медицинской помощи, оказываемой в неотложной или экстренной форме.

2.3. Порядок определения цен (тарифов) на медицинские услуги, предоставляемые Исполнителем, устанавливается Департаментом здравоохранения Тюменской области. Прейскурант цен (тарифы) на оказываемые исполнителем платные медицинские услуги, порядок и форму их оплаты устанавливаются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.4. При предоставлении платных медицинских услуг Исполнителем соблюдается Порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения (утв. Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 мая 2012 г. N 566н) и Порядок оказания медицинской помощи по профилю "психиатрия-наркология" (утв. Приказом Министерства здравоохранения РФ от 30 декабря 2015 г. N 1034н).

2.5. Основанием для оказания платных медицинских услуг является добровольное волеизъявление потребителя (законного представителя потребителя) и согласие заказчика приобрести медицинскую услугу и (или) иную услугу, связанную с оказанием медицинской услуги, на возмездной основе за счет средств заказчика, при условии предоставления в доступной форме необходимой информации о возможности

получения медицинской помощи (медицинской услуги, работы) бесплатно в рамках Программы (территориальных программ) государственных гарантий.

2.6. Исполнитель не вправе оказывать предпочтение одному заказчику и (или) потребителю перед другим в отношении заключения договора на оказание платных медицинских услуг, кроме случаев, предусмотренных законодательством и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, а также международными договорами.

2.7. Льгот по платным медицинским услугам ГБУЗ ТО «ОКПБ» не предоставляет.

2.8. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя 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".

### **3. Информация об исполнителе и оказываемых медицинских и иных услугах**

3.1. Исполнитель обязан предоставить посредством размещения на своем сайте в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", а также на своих информационных стендах (стойках) информацию, содержащую следующие сведения:

3.1.1. о наименовании организации;

3.1.2. о месте ее нахождения (фактический и юридический адрес); данные свидетельства о государственной регистрации юридического лица, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;

3.1.3. о режиме работы; график работы медицинских работников, участвующих в оказании платных медицинских услуг;

3.1.4. о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности с указанием регистрационного номера, даты регистрации и срока действия, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, а также наименование, адрес и телефон выдавшего ее органа;

3.1.5. о порядке и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с территориальной программой, а также о перечне медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы;

3.1.6. прейскурант с указанием наименований и цен платных медицинских услуг, и сведения об условиях, порядке и форме их предоставления и оплаты;

3.1.7. сведения о медицинских работниках, участвующих в оказании платных медицинских услуг, об уровне их образования и об их квалификации.

3.1.8. адрес и телефон Департамента здравоохранения Тюменской области, Управления Росздравнадзора по Тюменской области и Управления Роспотребнадзора по Тюменской области.

Информация, размещенная на информационных стендах (стойках), должна быть доступна неограниченному кругу лиц в течение всего рабочего времени соответствующего структурного подразделения Исполнителя. Информационные стенды (стойки) располагаются в доступном для посетителей месте и оформляются таким образом, чтобы можно было свободно ознакомиться с размещенной на них информацией.

3.2. Исполнитель обязан также предоставить для ознакомления по требованию потребителя (его законного представителя) и (или) заказчика:

3.2.1. копию устава, положения об ее филиале (отделении, другом территориально обособленном структурном подразделении) участвующем в предоставлении платных медицинских услуг;

3.2.2. копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией.

3.3. Информация о платных медицинских услугах, предоставляемая при заключении Договора по требованию потребителя и (или) заказчика, должна предоставляться в доступной форме и содержать следующие сведения:

3.3.1. о порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи по соответствующему заболеванию (профилю заболевания);

3.3.2. информацию о конкретном лице, оказывающем платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

3.3.3. информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

Исполнитель обязан сообщать заказчику по его просьбе другие сведения, относящиеся к предмету Договора и соответствующей платной медицинской услуге.

3.4. Информация должна доводиться до потребителя (его законного представителя) и (или) заказчика на русском языке.

3.5. В случае временного приостановления деятельности исполнителем для проведения санитарных, ремонтных и иных мероприятий, исполнитель обязан информировать потребителя (его законного представителя) и (или) заказчика о дате приостановления и сроках, в течение которых не будет осуществляться оказание платных медицинских услуг.

3.6. Исполнитель обязан до заключения договора информировать потребителя и (или) заказчика о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя, могут снизить качество оказываемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок, или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

#### **4. Порядок заключения Договора и оплаты услуг**

4.1. Договоры заключаются между исполнителем и заказчиком, имеющим намерение приобрести, либо приобретающим платные медицинские услуги в интересах потребителя в письменной форме, определяющей условия и сроки получения платных медицинских услуг, порядок расчетов, права, обязанности и ответственность сторон

4.2. Договор должен содержать следующие сведения:

4.2.1. наименование и место нахождения (юридический адрес) Исполнителя, данные свидетельства о государственной регистрации юридического лица с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию, сведения о лицензии на осуществляемые виды медицинской деятельности с указанием регистрационного номера и срока действия, дата ее регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, а также наименование, адрес и телефон выдавшего ее органа; аналогичные сведения о сертификате соответствия на иные услуги в случаях, установленных законодательством Российской Федерации;

4.2.2. фамилию, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон заказчика - физического лица, наименование и место нахождения (юридический адрес) заказчика – юридического лица, фамилия, имя, отчество, телефон и адрес потребителя (его законного представителя);

4.2.3. предмет Договора - наименование и перечень медицинских услуг и (или) иных услуг, связанных с оказанием медицинских услуг;

4.2.4. стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок оплаты;

4.2.5. сроки и условия оказания платных медицинских услуг;

4.2.6. должность, фамилия, имя, отчество лица, заключающего Договор от имени Исполнителя, его подпись, фамилию, имя, отчество (если имеется) потребителя (заказчика) и его подпись. В случае если заказчик является юридическим лицом, указывается должность лица, заключающего договор от имени заказчика;

4.2.7. ответственность сторон за выполнение условий Договора;

4.2.8. порядок изменения и расторжения договора;

4.2.9. другие необходимые данные, связанные со спецификой оказываемых услуг;

Договор составляется в 3 экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Заказчика, третий – у Потребителя. В случае если договор заключается Потребителем и Исполнителем, он составляется в 2 экземплярах.

4.3. К Договору прилагается:

4.3.1. информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство по форме, утверждённой Приложением № 5 к настоящему приказу (первичная медико-санитарная помощь) либо Приложением №7 к Приказу ГБУЗ ТО «ОКПБ» № 49-од от 27.03.2017 (специализированная медицинская помощь);

4.3.2. согласие субъекта персональных данных на обработку персональных данных субъекта персональных данных, обратившегося в медицинскую организацию, по форме, утверждённой Приложением № 9 к настоящему приказу, либо Приложением № 8 к настоящему приказу (при оказании услуги психиатрического освидетельствования), либо Приложением № 10 к настоящему приказу (в случае недееспособности пациента);

4.3.3. информированное добровольное согласие пациента на предоставление медицинских услуг на платной основе по форме, утверждённой Приложением № 7 к настоящему приказу;

4.3.4. согласие на оплату стоимости услуги согласно договору по форме, утверждённой Приложением № 4 к настоящему приказу.

По требованию потребителя (заказчика) или исполнителя на оказание платных медицинских услуг, предусмотренных Договором, предоставляется технологическая карта расчета стоимости медицинской услуги.

Случаи и порядок изменения сметы регулируются законодательством о защите прав потребителей.

4.4. Исполнитель не вправе требовать увеличения твердой сметы, а заказчик - ее уменьшения, в том числе в случае, когда в момент заключения Договора исключалась возможность предусмотреть полный объем подлежащих оказанию медицинских услуг и иных услуг, связанных с оказанием медицинских услуг, или необходимых расходных материалов, лекарственных препаратов, медицинских изделий медицинского назначения.

Исполнитель имеет право требовать увеличения твердой сметы при возрастании по независящим от исполнителя причинам стоимости лекарственных препаратов, расходных материалов, медицинских изделий, предоставляемых исполнителем, а также оказываемых ему третьими лицами услуг, которые нельзя было предусмотреть при заключении Договора. При отказе заказчика выполнить это требование исполнитель вправе расторгнуть Договор в судебном порядке.

4.5. Если при оказании платной медицинской услуги возникла необходимость оказания дополнительных услуг и существенного превышения по этой причине приблизительной сметы расходов, исполнитель обязан своевременно предупредить об этом заказчика.

Без согласия заказчика исполнитель не вправе оказывать дополнительные услуги на возмездной основе, а также обуславливать оказание одних услуг обязательным исполнением других.

Если заказчик не дал согласие на превышение приблизительной сметы расходов, исполнитель вправе отказаться от исполнения Договора и потребовать от заказчика оплаты за уже оказанные медицинские или иные услуги, связанные с оказанием медицинских услуг.

4.6. Исполнитель, своевременно не предупредивший заказчика о необходимости превышения приблизительной сметы расходов, обязан исполнить Договор, сохраняя право заказчика на оплату оказанных медицинских или иных услуг, связанных с оказанием медицинских услуг, в пределах приблизительной сметы расходов.

4.7. Заказчик вправе отказаться от оплаты оказанных без его согласия медицинских или иных услуг, связанных с оказанием медицинских услуг, а если они уже оплачены, - потребовать возврата уплаченных за них сумм.

4.8. Заказчик вправе в любое время отказаться от исполнения Договора об оказании платных медицинских услуг, оплатив исполнителю медицинские или иные услуги, связанные с оказанием медицинских услуг, оказанные до получения извещения о расторжении Договора и возместив исполнителю расходы, произведенные им до этого момента в целях исполнения Договора, если они не входят в указанную часть цены услуги.

4.9. Заказчик обязан оплатить оказанную исполнителем медицинскую или иную услугу в сроки и в порядке, определенном Договором, путем безналичных расчетов или путем внесения наличных денег непосредственно в кассу исполнителя.

Заказчику в соответствии с законодательством Российской Федерации должен быть выдан документ: контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца), подтверждающий произведенную оплату оказанных медицинских или иных услуг.

По требованию заказчика, оплатившего услуги, исполнитель обязан выдать «Справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации» установленной формы.

4.10. Исполнителем после исполнения договора выдаются потребителю (законному представителю потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

## **5. Порядок предоставления платных медицинских услуг**



5.1. Исполнитель обязан оказать платную медицинскую услугу, выполнив ее с соблюдением профессиональных, юридических и этических норм, которые должны соответствовать условиям Договора, а при отсутствии и неполноте условий Договора - требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего рода.

Если федеральным законом, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования к качеству услуг, качество оказываемых услуг должно соответствовать этим требованиям.

5.2. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

5.3. При оказании медицинских услуг (работ) должны применяться лекарственные средства, иммунобиологические препараты, специализированные продукты лечебного питания, медицинские изделия и иные расходные материалы, дезинфекционные, дезинсекционные и дератизационные средства, зарегистрированные в Российской Федерации.

5.4. Не разрешенные к применению, но находящиеся в установленном порядке на рассмотрении и клинической апробации лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, иные расходные материалы, изделия медицинского назначения могут использоваться в интересах пациента в случаях и порядке, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

5.5. Исполнитель обязан оказать платную медицинскую услугу, определенную Договором, с использованием собственных лекарственных средств, расходных материалов, изделий медицинского назначения, медицинского оборудования и т.п., если иное не предусмотрено Договором.

5.6. Потребителю (законному представителю) по его требованию и в доступной для него форме, с соблюдением норм медицинской этики должна быть предоставлена информация о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, последствиях и ожидаемых результатах проведенного лечения.

Если оказание платных медицинских услуг потребителю требует производства и (или) применения лекарственных препаратов, расходных материалов, медицинских изделий, медицинского оборудования, исполнитель по требованию потребителя обязан предоставить ему необходимые сведения в доступной для него форме, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

5.7. Потребитель (законный представитель) имеет право получать сведения о состоянии его здоровья, составляющие врачебную тайну. По требованию потребителя (законного представителя) ему предоставляются бесплатно документы, отражающие состояние его здоровья, виды и объемы оказанных платных медицинских и иных услуг, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны.

Информация, содержащаяся в медицинских документах потребителя (о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при обследовании и лечении), составляет врачебную тайну и может предоставляться без согласия потребителя (пациента) (законного представителя) только по основаниям,

предусмотренным ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

5.8. Потребитель обязан соблюдать правомерные указания и рекомендации и выполнять правомерные требования исполнителя, обеспечивающие качественное оказание платных медицинских и иных услуг, включая сообщение пациентом (законным представителем) необходимых для этого сведений. Исполнитель обязан при оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

#### **6. Ответственность исполнителя платных медицинских и иных услуг (работ)**

6.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договорам, исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

6.2. Заказчик имеет право при обнаружении недостатков оказанной платной медицинской услуги, других отступлений от условий Договора требовать от исполнителя по своему выбору:

- а) безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги в разумный срок, назначенный заказчиком;
- б) соответствующего уменьшения цены оказанной услуги;
- в) безвозмездного повторного оказания услуги;
- г) возмещения понесенных заказчиком расходов по устранению недостатков оказанной услуги своими средствами или третьими лицами.

Требования, предусмотренные настоящим пунктом, могут быть предъявлены, если это не противоречит особенностям предмета Договора, а наличие недостатков подтверждено результатами независимой медицинской экспертизы или решением суда.

6.3. Заказчик имеет право расторгнуть Договор и потребовать полного возмещения убытков, если в установленный Договором срок недостатки оказанной услуги не устранены исполнителем. Заказчик также вправе расторгнуть Договор, если им обнаружены существенные недостатки оказанной услуги, подтвержденные результатами независимой медицинской экспертизы или решением суда, или иные существенные отступления от условий Договора.

6.4. Заказчик вправе потребовать также полного возмещения убытков, причиненных ему и (или) потребителю в связи с недостатками оказанной медицинской или иной услуги, подтвержденными результатами независимой медицинской экспертизы или решением суда.

6.5. Вред, причиненный жизни, здоровью пациента в результате некачественного оказания платной медицинской услуги подлежит возмещению исполнителем в полном объеме в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.6. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по Договору, если неисполнение или ненадлежащее исполнение им своих обязательств произошло вследствие обстоятельств непреодолимой силы, несоблюдения пациентом правомерных указаний и требований исполнителя платных медицинских и иных услуг, обеспечивающих их своевременное и качественное оказание,

а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

6.7. Порядок и сроки удовлетворения исполнителем требований заказчика, ответственность за нарушение этих сроков, ответственность за не предоставление или предоставление недостоверной информации об оказываемых платных медицинских и иных услугах, а также за причинение морального вреда регулируются Законом Российской Федерации от 07.02.1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей».

#### **7. Контроль оказания платных медицинских услуг**

7.1. В целях ведения персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности исполнитель направляет операторам информационных систем (уполномоченному органу государственной власти субъекта Российской Федерации, организации, назначенной указанным органом, и пр.) сведения о лицах, которые участвуют в оказании медицинских услуг, а также сведения о лицах, которым оказываются медицинские услуги, определенные Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

7.2. Контроль организации и качества оказания платных медицинских и иных услуг населению, а также правильности взимания платы за них осуществляют в пределах своей компетенции органы государственной власти и организации, на которые в соответствии с законодательством Российской Федерации возложены эти функции.

7.3. В случае выявления нарушений настоящих Правил Исполнителем, в том числе нанесения ущерба основной деятельности, выразившегося в сокращении видов, объемов и доступности гарантированной законодательством Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, несвоевременного оформления финансовых документов и документов государственного статистического наблюдения, к лицам, допустившим нарушения, а также к главному врачу ГБУЗ ТО «ОКПБ» могут применяться дисциплинарные, административные и иные меры воздействия, установленные законодательством Российской Федерации.

**УВЕДОМЛЕНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЯ (ЗАКАЗЧИКА)**

Настоящим подтверждаю, что до заключения договора на предоставление платных медицинских услуг я уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., подпись, дата подписания уведомления)

**Договор**  
на предоставление платных медицинских услуг (ПМУ)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(место составления договора)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тюменской области «Областная клиническая психиатрическая больница», именуемое в дальнейшем «Исполнитель» в лице \_\_\_\_\_, действующей на основании \_\_\_\_\_ (в зависимости от статуса вписать), с одной стороны и

(в зависимости от статуса контрагента вписать)

➤ Ф.И.О (если имеется), адрес места жительства и телефон Потребителя (пациента) /законного представителя потребителя

➤ Ф.И.О. (если имеется), адрес места жительства и телефон Заказчика (плательщика) физического лица:

➤ Наименование и адрес места нахождения Заказчика (плательщика) юридического лица:

\_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_ лице

(должность лица, заключающего договор от имени заказчика юр. лица)

с другой стороны, вместе именуемые в дальнейшем «Стороны», заключили настоящий договор нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. Настоящий договор заключается в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. постановлением Правительства РФ от 4 октября 2012 г. №1006), регламентирует условия и сроки получения платных медицинских услуг, порядок расчетов, права, обязанности и ответственность сторон.

1.2. По условиям настоящего договора, «Исполнитель» обязуется оказать «Потребителю» за плату медицинскую(ие) услугу(и), указанную(ые) в п. 1.3 договора. Оплата услуг осуществляется (**нужное подчеркнуть**): потребителем (законным представителем потребителя) / заказчиком - физическим лицом / заказчиком - юридическим лицом.

1.3. Перечнем платных медицинских услуг (далее услуга(и)) предоставляемых в соответствии с договором является:

№ п/п	Наименование услуги	Стоимость, руб.
1.		
2.		
...		
Итого:		

1.4 Данные услуги относятся к следующим видам работ (услуг) Перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность ГБУЗ ТО «ОКПБ» в соответствии с \_\_\_\_\_ лицензией:

1.5 Исполнитель оказывает медицинские услуги в соответствии с утвержденным главным врачом режимом работы. Дата, время, номер кабинета, ФИО специалиста, оказывающего услугу.

1.6 Срок оказания услуг(и): с « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г., по « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г. В случае возникновения обстоятельств: внезапная поломка оборудования, болезнь специалиста, оказывающего услугу и т.п., срок оказания услуг может быть перенесен Исполнителем по согласованию с Пациентом посредством телефонной связи.

**2. Права и обязанности сторон**

2.1. «Исполнитель» обязан:

2.1.1 Оказать услугу(и) соответствующую(ие) требованиям, предъявляемым к методикам диагностических исследований, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, в соответствие с утвержденными требованиями медицинского технологического стандарта.

2.1.2 Обеспечить Потребителя бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о местонахождении учреждения, режиме работы, перечне платных медицинских услуг, с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

2.1.3 Выдать Потребителю (Заказчику) документ строгой отчетности (кассовый чек), подтверждающий прием денежных, а по окончании оказания медицинской услуги документы, содержащие информацию о результатах оказанных услуг. По требованию лица, оплатившего услугу, Исполнитель обязан выдать Справку об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы Российской Федерации по форме, установленной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Министерства Российской Федерации по налогам и сборам от 25 июля 2001 г. N 289/БГ-3-04/256, по месту нахождения бухгалтерии Исполнителя (Тюменская область, Тюменский район, п. Винзили, ул. Сосновая, 19).

2.1.4 Немедленно извещать Потребителя (Законного представителя потребителя / Заказчика) о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к

сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора. Дополнительные медицинские услуги при необходимости их оказания предоставляются в случае оказания Потребителю стационарной помощи - на основании дополнительного соглашения к настоящему договору, в иных случаях - на основании отдельно заключаемого договора. Дополнительные услуги оказываются согласно п. 4.2. настоящего Договора.

**2.1.5** Исполнитель предоставляет Потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;
- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

**2.2. «Исполнитель» имеет право:**

**2.2.1** Самостоятельно установить объем и характер обследования, консультации, лечения исходя из возраста, медицинских показаний и противопоказаний, по согласованию с Потребителем.

**2.2.2** В одностороннем порядке прекратить или приостановить выполнение своих обязательств по настоящему Договору при неисполнении «Потребителем» своих обязательств, в том числе в случае неисполнения последним условий настоящего договора, связанных с оплатой стоимости услуг(и), и (или) в случае не выполнения требований, обеспечивающих качественное предоставление платной медицинской услуги, включая сообщение необходимых при оказании услуги сведений, а также при неадекватном и (или) агрессивном поведении (в отношении персонала Исполнителя), не позволяющим предоставить медицинскую услугу.

**2.2.3** В случае возникновения неотложных состояний у Пациента, осуществлять действия в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в том числе принимать решение о медицинском вмешательстве в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно.

**2.2.4** При выявлении у Потребителя противопоказаний к оказываемым услугам отказать Потребителю в проведении лечебно-диагностических процедур.

### **3. Права и обязанности Потребителя**

**3.1. «Потребитель» обязан:**

**3.1.1** Оплатить стоимость предоставляемых(ой) услуг(и) в соответствии с прейскурантом платных услуг действующим у «Исполнителя» на момент предоставления услуг(и).

**3.1.2** Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление услуг(и), включая сообщение Исполнителю необходимых для этого сведений, известных Потребителю, в том числе о наличии у него непереносимости или аллергических реакций на прием каких-либо препаратов, о проведении процедур или иного медицинского вмешательства в организм, в том числе вследствие обращений в другие медицинские организации, а также о наличии у него ранее установленных заболеваний, которые могут осложнить процедуру лечения (обследования / освидетельствования и т.д.) при прохождении курса лечения сообщать лечащему врачу о любых изменениях самочувствия.

**3.1.3** Соблюдать действующий внутренний распорядок «Исполнителя», осуществлять прием всех назначенных ему препаратов и процедур (действий, воздержание от действий), рекомендованных врачом, выполнять все медицинские указания, рекомендации и назначения лечащего врача, требования медицинского персонала.

**3.1.4** Отказаться на весь курс лечения от употребления наркотиков и лекарств их содержащих, психотропных препаратов, алкоголесодержащих напитков, при этом согласовывать с лечащим врачом употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей, и т.д.

**3.1.5** В случае отказа от соблюдения технологических стандартов предоставления медицинских услуг представить Исполнителю письменное заявление об этом.

**3.2. «Потребитель» имеет права:**

**3.2.1.** Потребитель - физическое лицо, получающее платные медицинские услуги лично, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

**3.2.2.** Требовать предоставления услуг(и) надлежащего качества.

**3.2.3.** На выбор врача, оказывающего необходимые медицинские услуги.

**3.2.4.** Отказаться от оказания услуг до момента начала их оказания и потребовать возврата уплаченных денежных средств в соответствии с действующим законодательством.

**3.2.5.** Расторгнуть договор в одностороннем порядке, при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

### **4. Порядок расчетов**

**4.1.** С согласия Потребителя (или Заказчика) стоимость медицинской услуги может быть оплачена им при заключении договора в полном объеме или путем внесения аванса в кассу Исполнителя в день заключения договора.

**4.2.** В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом потребителя (заказчика) и заключить новый договор. Без согласия потребителя (заказчика) исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе. Данные услуги оплачиваются Потребителем в соответствии с прейскурантом платных услуг, действующим у Исполнителя на момент оказания услуг(и).

**4.3.** Оплата за оказываемые(ую) услугу(и) производится по усмотрению Потребителя через банк, в бухгалтерию Исполнителя с выдачей кассового чека или копии бланка, являющегося документом строгой отчетности, утвержденного в установленном порядке, подтверждающего прием наличных денег.

**4.4.** При безналичной форме оплаты (через банк), Исполнитель выдает результат оказанной услуги только после поступления денежных средств на его Расчетный счет.

**4.5.** В случае, если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, с Потребителя удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Потребителем по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

### **5. Порядок изменения и расторжения договора**

**5.1.** Стороны вправе досрочно расторгнуть настоящий договор по взаимному соглашению, в том числе в случае, если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю услуг, предусмотренный настоящим

договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным (при этом расчёты осуществляются в соответствии с п. 4.5. Договора).

**5.2.** Потребитель (Заказчик) вправе отказаться от исполнения обязательств по настоящему договору и расторгнуть его в одностороннем порядке при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

**5.3.** Исполнитель вправе отказаться от исполнения обязательств по настоящему договору лишь при условии полного возмещения Потребителю (Заказчику) убытков.

**5.4.** Все изменения и дополнения настоящего договора действительны в случае оформления их в письменном виде и подписания каждой из сторон.

## **6. Ответственность сторон**

**6.1.** Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации. Под недостатком медицинской услуги, в соответствии с законом РФ от 07.02.1992 г. №2300-1 «О защите прав потребителей», понимается несоответствие медицинской услуги или обязательным требованиям, предусмотренным законом либо в установленном им порядке, или условиям договора, или целям, для которых услуга такого рода обычно используется, или целям, о которых Исполнитель был поставлен Заказчиком в известность при заключении договора.

**6.2.** В случае ненадлежащего оказания Исполнителем услуг, Потребитель вправе по своему выбору требовать:

- а) безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги;
- б) соответственного уменьшения цены оказанной услуги;
- в) возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги в других медицинских организациях;
- г) привлечь Исполнителя к иным мерам ответственности в соответствии с действующим законодательством.

**6.3.** Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье в соответствии с п. 3.1.1. настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных п.п. 3.1.2, 3.1.3, 3.1.4 настоящего договора. В связи с тем, что побочные эффекты и осложнения возникают вследствие биологических особенностей организма и используемая технология оказания услуг(и) не может исключить их вероятность, Исполнитель не несет ответственности за наступление осложнений, если услуга(и) оказаны(а) с соблюдением всех необходимых требований.

**6.4.** Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

**6.5.** Потребитель несет имущественную ответственность за причинение ущерба Заказчику в размере действительной стоимости поврежденного (утраченного) имущества, если такое повреждение (утрата) явилось следствием действий Потребителя. В этом случае пациент также обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки. За нарушение санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя, повлекшее за собой причинение ущерба Исполнителю, Потребитель обязан возместить причиненные убытки.

## **7. Особые условия**

**7.1.** Исполнитель, оказывая услугу, действует на основании свидетельства о гос. регистрации выданного ИФНС России по г. Тюмени № 3, запись от 15.12.2002 года серии 72 № 000579266 ОГРН 1027200852238 и лицензии на осуществление медицинской деятельности № \_\_\_\_\_, выдана \_\_\_\_\_ года Департаментом здравоохранения Тюменской области телефон (3452) 557818, местонахождение (адрес): 625048, г. Тюмень, ул. Малыгина, д. 48.

**7.2.** С необходимыми финансово-правовыми документами (лицензии / устав и т.п.) подписанными электронно-цифровой подписью, регламентирующими деятельность Исполнителя, Заказчик вправе ознакомиться на официальном сайте Российской Федерации для размещения информации об учреждениях <http://www.bus.gov.ru> или сайте Исполнителя <http://www.tokpb72.ru>.

**7.3.** При наличии тяжелого сопутствующего заболевания, психического состояния или пожилого возраста, Потребителю необходимо иметь сопровождающее его лицо, в необходимом случае действующее от его имени и в его интересах, в том числе для выполнения всех рекомендаций врача и индивидуального ухода.

**7.4.** Потребитель, подписывая настоящий договор извещен и подтверждает, что получил от Исполнителя всю необходимую информацию о том, что указанная в пункте 1.3. настоящего договора медицинская(ие) услуга(и):

а) входит в программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи или целевую (комплексную) программу департамента здравоохранения Тюменской области и должна(ы) оказываться ему бесплатно, при этом «Пациент» по своему усмотрению сделал добровольный и осознанный выбор об оказании ему услуг(и) платно в соответствии с действующим у Исполнителя прейскурантом.

**б) не предусмотрена программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также целевыми (комплексными) программами Департамента здравоохранения Тюменской области, и предоставляется за плату.**

**7.5.** Потребитель, подписывая настоящий договор подтверждает, что ознакомлен с информацией, касающейся особенностей услуг(и) оговоренных(ой) в пункте 1.3. договора, в том числе ознакомлен с доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о местонахождении учреждения (месте его государственной регистрации), режиме работы, порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг; информацией о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации); информацией о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания

**7.6.** Потребитель, подписывая настоящий договор, дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в Федеральном законе №152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

**7.7.** Стороны допускают факсимильное воспроизведение подписей (факсимиле) уполномоченных на заключение сделок лиц с помощью средств механического или иного копирования, а также использовать факсимиле на иных документах, являющихся обязательными необходимыми при проведении сделок. При этом факсимильная подпись будет иметь такую же юридическую силу, как и подлинная подпись уполномоченного лица. *(данный пункт прописывается при наличии полномочий)*

**8. Заключительные положения**

**8.1** Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения «Сторонами» своих обязательств.

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

**8.3** Настоящий Договор составлен на русском языке, на одном листе, в 3-х экземплярах, один из которых находится у исполнителя, второй - у заказчика, третий - у потребителя. В случае если договор заключается потребителем и исполнителем, он составляется в 2 экземплярах.

**Юридические адреса и реквизиты сторон**

**Исполнитель**

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тюменской области**

**«Областная клиническая психиатрическая больница»**

Юридический адрес: 625530, Тюменская обл., Тюменский район, п. Винзили, ул. Сосновая, 19

Тел./факс: 8 (3452) 728898; 728891

Свидетельств о гос. регистрации выданного ИФНС России по г. Тюмени

№ 3, запись от 15.12.2002 года серии 72 № 000579266

ОГРН 1027200852238

**Банковские реквизиты:**

ИНН 7224009250 КПП 722401001

р/с: 40601810400003000001 Департамент финансов Тюменской области

(л/с ЛС001131029ОКПБ ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница») в Отделение Тюмень г. Тюмень

БИК 047102001

Представитель по доверенности

М.П.

**Потребитель (Заказчик)**

В случае оказания услуги анонимно, индивидуальные данные пациента указывается с его слов без заполнения данных удостоверяющих личность (паспорта) - приказ Минздрава РФ № 327 от 23.08.1999г..

**Потребитель (пациент) /законный представитель потребителя**

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_

Место проживания: \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

✓

(подпись)

**Заказчик (физическое лицо – плательщик действующий в интересах Потребителя)**

Фамилия \_\_\_\_\_

Имя \_\_\_\_\_

Отчество \_\_\_\_\_

Место проживания: \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

✓

(подпись)

**Заказчик (юридическое лицо – плательщик)**

Наименование \_\_\_\_\_

Местонахождение \_\_\_\_\_

Должность лица заключившего договор \_\_\_\_\_

✓

(подпись)

**АКТ**

**приема-передачи оказанных платных медицинских услуг**

В соответствии с заключенным сторонами договором № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ на предоставление платных медицинских услуг (ПМУ) Заказчику (Пациенту) оказаны платные медицинские услуги в полном объеме. Услуги оказаны полностью. Стороны по договору претензий друг к другу не имеют.

Исполнитель:  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
подпись расшифровка подписи

Потребитель:  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
подпись расшифровка подписи

Согласие на оплату стоимости услуги согласно договору № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

**Я,**

- Ф.И.О (если имеется), адрес места жительства и телефон **Потребителя** (пациента) /законного представителя потребителя  
\_\_\_\_\_
- Ф.И.О. (если имеется), адрес места жительства и телефон **Заказчика** (плательщика) **физического лица:**  
\_\_\_\_\_
- Наименование и адрес места нахождения **Заказчика** (плательщика) **юридического лица:**  
\_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_ лице

*(должность лица, заключающего договор от имени заказчика юр. лица)*

Даю свое согласие на оплату **полной стоимости, внесения аванса** (нужное подчеркнуть) в рамках заключенного договора № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.

✓ \_\_\_\_\_  
(подпись)



**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф. И. О. гражданина)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень 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 Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее — Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тюменской области «Областная клиническая психиатрическая больница» (Юридический адрес: Тюменская область, Тюменский район, п. Винзили, ул. Сосновая, 19, ИНН 7224009250, ОГРН 11027200852238.

**Обособленные рабочие места по адресам:**

**Местонахождение стационара:**

Тюменская область, Тюменский район, п. Винзили, ул. Сосновая, 19; Тюменская область, г. Тюмень, ул. Новая, д.2, строение 3 (4-5 этаж).

**Местонахождение амбулаторно – поликлинической службы:** Тюменская область, г. Тюмень, ул. Республики, д.251 (2 этаж); Тюменская область, г. Тюмень, ул. Герцена, д.74; Тюменская область, г. Тюмень, ул. Червишевский тракт, д.5, стр.1; Тюменская область, г. Тюмень, ул. Юрия Семовских, д.14

**Филиалы:** Ишимский филиал ГБУЗ ТО «ОКПБ»: Тюменская область, г. Ишим, ул. Карла Маркса, д.38; ул. Коммунаров, д.21; ул. Гончарная, д.1; ул. Железнодорожная, д.2.

Тобольский филиал ГБУЗ ТО «ОКПБ»: Тюменская область, г. Тобольск, ул. Первомайская, 22а (корп.1, корп. 1/1, корп. 2, корп.2/2) *(нужное выбрать и подчеркнуть)*

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф. И. О. 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, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 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),

\_\_\_\_\_ (Ф. И. О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф. И. О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_ (подпись)

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

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)

**Отказ от видов медицинских вмешательств, включенных  
в Перечень определенных видов медицинских вмешательств,  
на которые граждане дают информированное добровольное  
согласие при выборе врача и медицинской организации  
для получения первичной медико-санитарной помощи**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф. И. О. гражданина)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный  
по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тюменской области «Областная клиническая психиатрическая больница» (Юридический адрес: Тюменская область, Тюменский район, п. Винзили, ул. Сосновая, 19, ИНН 7224009250, ОГРН 11027200852238.

**Обособленные рабочие места по адресам:**

**Местонахождение стационара:**

Тюменская область, Тюменский район, п. Винзили, ул. Сосновая, 19; Тюменская область, г. Тюмень, ул. Новая, д.2, строение 3 (4-5 этаж).

**Местонахождение амбулаторно – поликлинической службы:** Тюменская область, г. Тюмень, ул. Республики, д.251 (2 этаж); Тюменская область, г. Тюмень, ул. Герцена, д.74; Тюменская область, г. Тюмень, ул. Червишевский тракт, д.5, стр.1; Тюменская область, г. Тюмень, ул. Юрия Семовских, д.14

**Филиалы:** Ишимский филиал ГБУЗ ТО «ОКПБ»: Тюменская область, г. Ишим, ул. Карла Маркса, д.38; ул. Коммунаров, д.21; ул. Гончарная, д.1; ул. Железнодорожная, д.2.

Тобольский филиал ГБУЗ ТО «ОКПБ»: Тюменская область, г. Тобольск, ул. Первомайская, 22а (корп.1, корп. 1/1, корп. 2, корп.2/2)  
*(нужное выбрать и подчеркнуть)*

отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень 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 Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее — виды медицинских вмешательств):

\_\_\_\_\_  
(наименование вида медицинского вмешательства)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф. И. О. 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). 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 вид (такие виды) медицинского вмешательства.

\_\_\_\_\_  
(подпись) \_\_\_\_\_  
(Ф. И. О. гражданина или законного представителя гражданина)

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

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)

**Информированное добровольное согласие  
пациента на предоставление медицинских услуг на платной основе**

Главному врачу государственного  
бюджетного учреждения здравоохранения  
Тюменской области «Областная  
клиническая психиатрическая больница»  
" " 201 г.

На основании ст. 19, 20, 21, 22, Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 28.12.2013, с изм. от 04.06.2014) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", ст. 10 Закона РФ от 7 февраля 1992 г. N 2300-1 "О защите прав потребителей"

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина - пациента)

являющийся законным представителем \_\_\_\_\_  
*родителем, усыновителем, опекуном, попечителем*

представляемого \_\_\_\_\_  
*фамилия, имя, отчество сына (дочери), усыновленного (удочеренной), подопечного*

(подопечной)

дата рождения «\_\_» \_\_\_\_\_ г., \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *реквизиты документа, удостоверяющего личность (при наличии)*

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

*(по месту регистрации)*

*реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя*

медицинская карта N \_\_\_\_\_ желаю получить платные медицинские услуги в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Тюменской области «Областная клиническая психиатрическая больница» (Юридический адрес: Тюменская область, Тюменский район, п. Винзили, ул. Сосновая, 19, ИНН 7224009250, ОГРН 11027200852238.

**Обособленные рабочие места по адресам:**

**Местонахождение стационара:**

Тюменская область, Тюменский район, п. Винзили, ул. Сосновая, 19; Тюменская область, г. Тюмень, ул. Новая, д.2, строение 3 (4-5 этаж).

**Местонахождение амбулаторно – поликлинической службы:** Тюменская область, г. Тюмень, ул. Республики, д.251 (2 этаж); Тюменская область, г. Тюмень, ул. Герцена, д.74; Тюменская область, г. Тюмень, ул. Червишевский тракт, д.5, стр.1; Тюменская область, г. Тюмень, ул. Юрия Семовских, д.14

**Филиалы:** Ишимский филиал ГБУЗ ТО «ОКПБ»: Тюменская область, г. Ишим, ул. Карла Маркса, д.38; ул. Коммунаров, д.21; ул. Гончарная, д.1; ул. Железнодорожная, д.2.

Тобольский филиал ГБУЗ ТО «ОКПБ»: Тюменская область, г. Тобольск, ул. Первомайская, 22а (корп.1, корп. 1/1, корп. 2, корп.2/2) **(нужное выбрать и подчеркнуть)** (далее – Учреждение). Я получил (а) полное и всестороннее разъяснение о предлагаемых диагностических мероприятиях и лечении моего заболевания.

Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг и даю своё согласие на их получение, и осознаю, что мне могут оказать, аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях.

Я согласен (а) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Учреждение не несет ответственности за их возникновение. Мне разъяснено, что я могу получить, один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен (на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей Учреждения. Я подтверждаю, что при подписании настоящего информированного согласия меня уведомили о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников Учреждения, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на моем состоянии здоровья. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с лечащим врачом, и я даю свое согласие на их оплату. Не возражаю против записи медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием – исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Я подтверждаю, что даю свое согласие на обработку Учреждением моих персональных данных, ставших ему известных, при подписании настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг.

Мне разъяснено, что я могу получить бесплатно в рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Тюменской области, следующие диагностические процедуры и лечение, соответствующие моему заболеванию.

Решение об отказе получения диагностики и лечения моего заболевания на бесплатной основе мной принято в связи с:

Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие медицинские услуги:

**При оказании услуги анонимно (при оказании наркологической помощи)**

Мне, в соответствии с п. 1 ст. 10 Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» своевременно предоставлена необходимая и достоверная информация о выбранной мною медицинской услуге, обеспечивающая возможность правильного выбора. Я осведомлен(а), что при оказании услуги у меня возникает риск невозможности доказать что-либо при получении помощи на анонимной основе, т.к. указываемые мною персональные данные являются вымышленными, что не противоречит п. 1 ст. 19 Гражданского кодекса РФ (ГК РФ), но п. 4 ст. 19 ГК РФ не допускает приобретение прав и обязанностей под чужим именем и в силу ст. 168 ГК РФ такая сделка (договор возмездного оказания медицинских услуг) может быть признана недействительной, в случае возникновения конфликта по поводу оказанной медицинской помощи.

Мне разъяснено, что в соответствии с п. 4, Приказа Минздрава РФ от 23.08.1999 N 327 "Об анонимном лечении в наркологических учреждениях (подразделениях)" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 17.09.1999 N 1901) больным алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, получающим медицинскую помощь анонимно, не могут выдаваться по просьбам больных или их законных представителей документы, подтверждающие их лечение на анонимной основе.

✓ \_\_\_\_\_ подпись пациента (представителя пациента - Заказчика)

Я ознакомлен (а) с действующим прейскурантом и согласен (а) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним за счет своих личных средств и иных источников дохода, не запрещенных действующим законодательством. Я ознакомлен (а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения от медицинских работников понятны и меня удовлетворяют. Настоящее информированное согласие подписано мною после проведения предварительной беседы и является приложением к Договору на оказание платных медицинских услуг.

Информацию до пациента довел: \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

✓ \_\_\_\_\_ подпись медицинского работника

✓ \_\_\_\_\_ подпись пациента (представителя пациента - Заказчика)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

**Информированное добровольное согласие  
пациента на предоставление медицинских услуг на платной основе в соответствии с требованиями трудового  
законодательства**

Главному врачу государственного  
бюджетного учреждения здравоохранения  
Тюменской области «Областная  
клиническая психиатрическая больница»  
" " 201 г.

На основании ст. 19, 20, 21, 22, Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 28.12.2013, с изм. от 04.06.2014) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", ст. 10 Закона РФ от 7 февраля 1992 г. N 2300-1 "О защите прав потребителей", ст. 213 Трудового кодекса Российской Федерации

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина - пациента)

дата рождения « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г., \_\_\_\_\_

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_  
*реквизиты документа, удостоверяющего личность (при наличии)*  
(по месту регистрации)

медицинская карта N \_\_\_\_\_ желаю получить платные медицинские услуги в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Тюменской области «Областная клиническая психиатрическая больница» (Юридический адрес: Тюменская область, Тюменский район, п. Винзили, ул. Сосновая, 19, ИНН 7224009250, ОГРН 11027200852238.

**Обособленные рабочие места по адресам:**  
**Местонахождение стационара:**  
Тюменская область, Тюменский район, п. Винзили, ул. Сосновая, 19; Тюменская область, г. Тюмень, ул. Новая, д.2, строение 3 (4-5 этаж).

**Местонахождение амбулаторно – поликлинической службы:** Тюменская область, г. Тюмень, ул. Республики, д.251 (2 этаж); Тюменская область, г. Тюмень, ул. Герцена, д.74; Тюменская область, г. Тюмень, ул. Червишевский тракт, д.5, стр.1; Тюменская область, г. Тюмень, ул. Юрия Семовских, д.14

**Филиалы:** Ишимский филиал ГБУЗ ТО «ОКПБ»; Тюменская область, г. Ишим, ул. Карла Маркса, д.38; ул. Коммунаров, д.21; ул. Гончарная, д.1; ул. Железнодорожная, д.2.  
Тобольский филиал ГБУЗ ТО «ОКПБ»; Тюменская область, г. Тобольск, ул. Первомайская, 22а (корп.1, корп. 1/1, корп. 2, корп.2/2)

*(нужное выбрать и подчеркнуть)* (далее – Учреждение). Я получил (а) полное и всестороннее разъяснение о предлагаемых диагностических мероприятиях.

Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг и даю своё согласие на их получение, и осознаю, что мне могут оказать, аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях.

Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов я должен (на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей Учреждения. Я подтверждаю, что при подписании настоящего информированного согласия меня уведомили о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников Учреждения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на моем состоянии здоровья.

Я подтверждаю, что даю свое согласие на обработку Учреждением моих персональных данных, ставших ему известными, при подписании настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг.

Я ознакомлен (а) с действующим прейскурантом и согласен (а) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним за счет своих личных средств или иных источников дохода, не запрещенных действующим законодательством. Я ознакомлен (а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения от медицинских работников понятны и меня удовлетворяют. Настоящее информированное согласие подписано мною после проведения предварительной беседы и является приложением к Договору на оказание платных медицинских услуг.

Информацию до пациента довел: \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

✓ \_\_\_\_\_ подпись медицинского работника  
✓ \_\_\_\_\_ подпись пациента (представителя пациента - Заказчика)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_ г.

### СОГЛАСИЕ

субъекта персональных данных, обратившегося в медицинскую организацию для прохождения обязательного психиатрического освидетельствования, на обработку его персональных данных

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)  
паспорт \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_  
(серия и номер) (дата и наименование выдавшего органа)  
\_\_\_\_\_ (дата и наименование выдавшего органа)  
проживающий по адресу \_\_\_\_\_  
(по месту регистрации)

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006г № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю своё согласие на обработку в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Тюменской области «Областная клиническая психиатрическая больница» (Юридический адрес: Тюменская область, Тюменский район, п. Винзили, ул. Сосновая, 19, ИНН 7224009250, ОГРН 11027200852238.

#### Обособленные рабочие места по адресам:

##### Местонахождение стационара:

Тюменская область, Тюменский район, п. Винзили, ул. Сосновая, 19; Тюменская область, г. Тюмень, ул. Новая, д.2, строение 3 (4-5 этаж).

**Местонахождение амбулаторно – поликлинической службы:** Тюменская область, г. Тюмень, ул. Республики, д.251 (2 этаж); Тюменская область, г. Тюмень, ул. Герцена, д.74; Тюменская область, г. Тюмень, ул. Червишевский тракт, д.5, стр.1; Тюменская область, г. Тюмень, ул. Юрия Семовских, д.14

**Филиалы:** Ишимский филиал ГБУЗ ТО «ОКПБ»: Тюменская область, г. Ишим, ул. Карла Маркса, д.38; ул. Коммунаров, д.21; ул. Гончарная, д.1; ул. Железнодорожная, д.2.

Тобольский филиал ГБУЗ ТО «ОКПБ»: Тюменская область, г. Тобольск, ул. Первомайская, 22а (корп.1, корп. 1/1, корп. 2, корп.2/2)

**(нужное выбрать и подчеркнуть)** (далее — Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату и место рождения, пол, гражданство, место жительства, в том числе сведения о регистрации по месту жительства, месту проживания, месту работы, социальное положение (статус), реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, наименование и код подразделения органа, выдавшего документ), реквизиты полисов медицинского страхования, страховой номер индивидуального лицевого счёта в Пенсионном фонде России (СНИЛС), сведения об оказанной медицинской помощи, сведения о мерах социальной поддержки, данные о состоянии здоровья, в том числе, содержащие врачебную тайну в целях:

- установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, в медико-профилактических целях при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну;
- защиты моих прав на получение качественной медицинской помощи;
- осуществления контроля качества оказанных мне медицинских услуг, проведения медико-профилактических мероприятий;
- оплаты оказанных по программе обязательного и добровольного медицинского страхования медицинских услуг;
- ведения учёта оказанной медицинской помощи;
- формирования медицинских статистических данных в формах медико-статистического наблюдения;
- обеспечения соблюдения законов Российской Федерации и иных нормативных правовых актов Российской Федерации.

Предоставляю Оператору право осуществлять при обработке моих персональных данных все действия (операции) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, сбор речевой информации в ходе приёма, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в информационные хранилища (электронную базу данных, списки, реестры, регистры), а также учётные и отчётные формы в электронном и бумажном исполнении. Оператор вправе осуществлять обработку моих персональных данных централизованно в Единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения, отраслевой информационной системе здравоохранения Тюменской области.

Оператор имеет право получать и передавать мои персональные данные, в том числе, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, с использованием средств автоматизации и без использования таких средств, на материальных носителях, в том числе, в бумажном виде в следующие государственные органы, организации (учреждения):

- федеральному и территориальному фондам обязательного медицинского страхования;
- пенсионному фонду Российской Федерации, включая его территориальные органы;
- страховым медицинским организациям, осуществляющим мое страхование;
- организациям (учреждениям), осуществляющим на законном основании обработку медико-статистической информации;
- органам управления здравоохранением Российской Федерации, органам управления здравоохранением Тюменской области (без автономных округов), органам управления здравоохранением Российской Федерации муниципальных образований (без автономных округов);
- иным медицинским организациям Российской Федерации (регионального и федерального уровней) на законном основании осуществляющих свою медицинскую деятельность, для установления мне медицинского диагноза, определения тактики лечения, оказания медицинских и медико-социальных услуг, в медико-профилактических целях при условии, что обработка персональных

данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

- направлять работодателю сообщение о дате принятия решения комиссией и дате выдачи в отношении меня, согласно п. 9 Постановления Правительства РФ от 23 сентября 2002 г. N 695 "О прохождении обязательного психиатрического освидетельствования работниками, осуществляющими отдельные виды деятельности, в том числе деятельность, связанную с источниками повышенной опасности (с влиянием вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов), а также работающими в условиях повышенной опасности".

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

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_ и действует бессрочно, в случае.

(дата)

если согласие не отозвано в письменной форме.

Я оставляю за собой право отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного заявления, которое может быть направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручено лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчётов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи и предоставления соответствующей медико-статистической информации.

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

**СОГЛАСИЕ**  
**субъекта персональных данных на обработку персональных**  
**данных субъекта персональных данных, обратившегося в медицинскую организацию**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)  
паспорт \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_  
(серия и номер) (дата и наименование выдавшего органа)  
\_\_\_\_\_ (дата и наименование выдавшего органа)  
проживающий по адресу \_\_\_\_\_  
(по месту регистрации)  
(реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя)

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006г № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю своё согласие на обработку в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Тюменской области «Областная клиническая психиатрическая больница» (Юридический адрес: Тюменская область, Тюменский район, п. Винзили, ул. Сосновая, 19, ИНН 7224009250, ОГРН 11027200852238.

**Обособленные рабочие места по адресам:**

**Местонахождение стационара:**

Тюменская область, Тюменский район, п. Винзили, ул. Сосновая, 19; Тюменская область, г. Тюмень, ул. Новая, д.2, строение 3 (4-5 этаж).

**Местонахождение амбулаторно – поликлинической службы:** Тюменская область, г. Тюмень, ул. Республики, д.251 (2 этаж); Тюменская область, г. Тюмень, ул. Герцена, д.74; Тюменская область, г. Тюмень, ул. Червишевский тракт, д.5, стр.1; Тюменская область, г. Тюмень, ул. Юрия Семовича, д.14

**Филиалы:** Ишимский филиал ГБУЗ ТО «ОКПБ»: Тюменская область, г. Ишим, ул. Карла Маркса, д.38; ул. Коммунаров, д.21; ул. Гончарная, д.1; ул. Железнодорожная, д.2.

Тобольский филиал ГБУЗ ТО «ОКПБ»: Тюменская область, г. Тобольск, ул. Первомайская, 22а (корп.1, корп. 1/1, корп. 2, корп.2/2)

*(нужное выбрать и подчеркнуть)* (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату и место рождения, пол, гражданство, место жительства, в том числе сведения о регистрации по месту жительства, месту проживания, месту работы, социальное положение (статус), реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, наименование и код подразделения органа, выдавшего документ), реквизиты полисов медицинского страхования, страховой номер индивидуального лицевого счёта в Пенсионном фонде России (СНИЛС), сведения об оказанной медицинской помощи, сведения о мерах социальной поддержки, данные о состоянии здоровья, в том числе, содержащие врачебную тайну в целях:

- установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, в медико-профилактических целях при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну;

- защиты моих прав на получение качественной медицинской помощи;

- осуществления контроля качества оказанных мне медицинских услуг, проведения медико-профилактических мероприятий;

- оплаты оказанных по программе обязательного и добровольного медицинского страхования медицинских услуг;

- ведения учёта оказанной медицинской помощи;

- формирования медицинских статистических данных в формах медико-статистического наблюдения;

- обеспечения соблюдения законов Российской Федерации и иных нормативных правовых актов Российской Федерации.

Предоставляю Оператору право осуществлять при обработке моих персональных данных все действия (операции) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, сбор речевой информации в ходе приёма, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в информационные хранилища (электронную базу данных, списки, реестры, регистры), а также учётные и отчётные формы в электронном и бумажном исполнении.

Оператор вправе осуществлять обработку моих персональных данных централизованно в Единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения, отраслевой информационной системе здравоохранения Тюменской области.

Оператор имеет право получать и передавать мои персональные данные, в том числе, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, с использованием средств автоматизации и без использования таких средств, на материальных носителях, в том числе, в бумажном виде в следующие государственные органы, организации (учреждения):

- федеральному и территориальному фондам обязательного медицинского страхования;

- пенсионному фонду Российской Федерации, включая его территориальные органы;

- страховым медицинским организациям, осуществляющим мое страхование;

- организациям (учреждениям), осуществляющим на законном основании обработку медико-статистической информации;

- органам управления здравоохранением Российской Федерации, органам управления здравоохранением Тюменской области (без автономных округов), органам управления здравоохранением Российской Федерации муниципальных образований (без автономных округов);

- иным медицинским организациям Российской Федерации (регионального и федерального уровней) на законном основании осуществляющих свою медицинскую деятельность, для установления мне медицинского диагноза, определения тактики лечения, оказания медицинских и медико-социальных услуг, в медико-профилактических целях при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.



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

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_ и действует бессрочно, в случае,

*(дата)*

если согласие не отозвано в письменной форме.

Я оставляю за собой право отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного заявления, которое может быть направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручено лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчётов по оплате оказанной представляемому до этого медицинской помощи и предоставления соответствующей статистической информации.

Подпись субъекта персональных данных

✓

\_\_\_\_\_

**СОГЛАСИЕ**

**законного представителя субъекта персональных данных на обработку персональных данных субъекта персональных данных, обратившегося в медицинскую организацию**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

паспорт \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_  
(серия и номер) (дата и наименование выдавшего органа)

\_\_\_\_\_ (дата и наименование выдавшего органа)

проживающий по адресу \_\_\_\_\_  
(по месту регистрации)

являющийся законным представителем \_\_\_\_\_  
(родителем, усыновителем, опекуном, попечителем)

представляемого \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество сына (дочери), усыновлённого (удочерённой), подопечного (подопечной))

дата рождения « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г., \_\_\_\_\_ г., \_\_\_\_\_ г.  
(число) (месяц) (год)

\_\_\_\_\_ (реквизиты документа, удостоверяющего личность (при наличии))

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_  
(по месту регистрации)

\_\_\_\_\_ (реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя)

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006г № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю своё согласие на обработку в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Тюменской области «Областная клиническая психиатрическая больница» (Юридический адрес: Тюменская область, Тюменский район, п. Винзили, ул. Сосновая, 19, ИНН 7224009250, ОГРН 11027200852238.

**Обособленные рабочие места по адресам:**

**Местонахождение стационара:**

Тюменская область, Тюменский район, п. Винзили, ул. Сосновая, 19; Тюменская область, г. Тюмень, ул. Новая, д.2, строение 3 (4-5 этаж).

**Местонахождение амбулаторно – поликлинической службы:** Тюменская область, г. Тюмень, ул. Республики, д.251 (2 этаж); Тюменская область, г. Тюмень, ул. Герцена, д.74; Тюменская область, г. Тюмень, ул. Червишевский тракт, д.5, стр.1; Тюменская область, г. Тюмень, ул. Юрия Семовских, д.14

**Филиалы:** Ишимский филиал ГБУЗ ТО «ОКПБ»: Тюменская область, г. Ишим, ул. Карла Маркса, д.38; ул. Коммунаров, д.21; ул. Гончарная, д.1; ул. Железнодорожная, д.2.

Тобольский филиал ГБУЗ ТО «ОКПБ»: Тюменская область, г. Тобольск, ул. Первомайская, 22а (корп.1, корп. 1/1, корп. 2, корп.2/2) *(нужное выбрать и подчеркнуть)* (далее – Оператор) персональных данных представляемого, включающих: фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату и место рождения, пол, гражданство, место жительства, в том числе сведения о регистрации по месту жительства, месту проживания, месту работы, социальное положение (статус), реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, наименование и код подразделения органа, выдавшего документ, удостоверяющего личность страхового, страховой номер индивидуального лицевого счёта в Пенсионном фонде России (СНИЛС), сведения об оказанной медицинской помощи, сведения о мерах социальной поддержки, данные о состоянии здоровья, в том числе, содержащие врачебную тайну в целях:

- установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, в медико-профилактических целях при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну;
- защиты моих прав на получение качественной медицинской помощи;
- осуществления контроля качества оказанных мне медицинских услуг, проведения медико-профилактических мероприятий;
- оплаты оказанных по программе обязательного и добровольного медицинского страхования медицинских услуг;
- ведения учёта оказанной медицинской помощи;
- формирования медицинских статистических данных в формах медико-статистического наблюдения;
- обеспечения соблюдения законов Российской Федерации и иных нормативных правовых актов Российской Федерации.

Предоставляю Оператору право осуществлять при обработке персональных данных представляемого все действия (операции) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, сбор речевой информации в ходе приёма, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Оператор вправе обрабатывать персональные данные представляемого посредством внесения их в информационные хранилища (электронную базу данных, списки, реестры, регистры), а также учётные и отчётные формы в электронном и бумажном исполнении.

Оператор вправе осуществлять обработку персональных данных представляемого централизованно в Единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения, отраслевой информационной системе здравоохранения Тюменской области.

Оператор имеет право получать и передавать персональные данные представляемого, в том числе, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, с использованием средств автоматизации и без использования таких средств, на материальных носителях, в том числе, в бумажном виде в следующие государственные органы, организации (учреждения):

- федеральному и территориальному фондам обязательного медицинского страхования;
- пенсионному фонду Российской Федерации, включая его территориальные органы;
- страховым медицинским организациям, осуществляющим мое страхование;
- организациям (учреждениям), осуществляющим на законном основании обработку медико-статистической информации;
- органам управления здравоохранением Российской Федерации, органам управления здравоохранением Тюменской области (без автономных округов), органам управления здравоохранением Российской Федерации муниципальных образований (без автономных округов);
- иным медицинским организациям Российской Федерации (регионального и федерального уровней) на законном основании осуществляющих свою медицинскую деятельность, для установления мне медицинского диагноза, определения тактики лечения, оказания медицинских и медико-социальных услуг, в медико-профилактических целях при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

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

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_ и действует бессрочно, в случае,

(дата)

если согласие не отозвано в письменной форме.

Я оставляю за собой право отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного заявления, которое может быть направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручено лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчётов по оплате оказанной представляемому до этого медицинской помощи и предоставления соответствующей статистической информации.

Подпись законного представителя (родителя, усыновителя, опекуна, попечителя) субъекта персональных данных

✓ \_\_\_\_\_