

УТВЕРЖДАЮ
Главный врач
ОБУЗ «ИОКЦМР»

А.В. Воробьев

ПОЛОЖЕНИЕ
по организации оказания платных медицинских услуг
в Областном бюджетном учреждении здравоохранения
«Ивановский областной клинический центр медицинской реабилитации»

1. Общие положения

1.1. Настоящее Положение регулирует отношения между исполнителем и потребителями (заказчиками) платных медицинских услуг и услуг медицинского сервиса (далее - платные услуги), определяет порядок и условия, обязательные для сторон при заключении и исполнении договора на оказание платных медицинских услуг в областном бюджетном учреждении здравоохранения «Ивановский областной клинический центр медицинской реабилитации» (ОБУЗ «ИОКЦМР») (далее - учреждение).

1.2. Основные термины, используемые в настоящем Положении:

платная медицинская услуга - медицинская услуга, предоставляемая на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;

потребитель платных медицинских услуг - 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 от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

исполнитель – Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Ивановский областной клинический центр медицинской реабилитации» (сокращенное наименование – ОБУЗ «ИОКЦМР»);

заказчик - физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги и (или) услуги медицинского сервиса в соответствии с договором в пользу потребителя.

1.3. Настоящее Положение разработано в соответствии с:

Гражданским кодексом Российской Федерации;

Налоговым кодексом Российской Федерации;

Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

Законом Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей»;

Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

Постановление Правительства РФ от 11.05.2023 N 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006».

1.4. Настоящее Положение распространяется на оказание платных услуг физическим и юридическим лицам.

1.5. Платные услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

1.6. Платные услуги потребителям (заказчикам) оказываются по их желанию на основании заключенных договоров.

1.7. При предоставлении платных услуг должны соблюдаться порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

1.8. Учреждение обязано вести статистический и бухгалтерский учет результатов предоставления платных услуг отдельно по основной деятельности и медицинским услугам, составлять требуемую отчетность и предоставлять ее в порядке и сроки, установленные действующим законодательством Российской Федерации.

1.9. Ответственным за организацию бухгалтерского учета в учреждении, в том числе по платным услугам, за соблюдение законодательства при выполнении финансово-хозяйственных операций является главный врач ОБУЗ «ИОКЦМР». Ответственным за ведение бухгалтерского учета, своевременное предоставление полной и достоверной бухгалтерской отчетности по платным услугам является главный бухгалтер ОБУЗ «ИОКЦМР».

1.10. Отношения между Учреждением и потребителем (заказчиком) в части, не урегулированной настоящим Положением, регламентируются договором, заключенным между исполнителем и потребителем (заказчиком), законодательством Российской Федерации.

1.11. Контроль за организацией и качеством оказания платных услуг, а также правильностью взимания платы осуществляет главный врач учреждения, а также в пределах своей компетенции: Департамент здравоохранения Ивановской области и другие государственные органы и организации, на которые в соответствии с законами и иными правовыми актами Российской Федерации возложена проверка деятельности учреждений.

1.12. Регламент деятельности работников учреждения, занятых выполнением платных услуг, должностные лица, ответственные за организацию предоставления платных услуг, их качество, статистический, бухгалтерский учет и отчетность, утверждаются приказом руководителя учреждения.

1.13. Не допускается двойная оплата одной и той же услуги из средств обязательного медицинского страхования (субсидий на финансовое обеспечение выполнения государственного задания) и за счет средств потребителя (заказчика) платной услуги.

2. Порядок предоставления платных медицинских услуг.

2.1. Учреждение оказывает платные услуги по адресу места осуществления медицинской деятельности в соответствии с имеющейся лицензией на медицинскую деятельность.

2.2. Основанием для оказания медицинских услуг за плату является желание гражданина получить платную медицинскую услугу, выразившееся в заключении письменного договора с учреждением.

2.3. Учреждение обеспечивает граждан бесплатной доступной и достоверной информацией в соответствии с разделом 4 настоящего Положения.

2.4. Платные медицинские услуги населению осуществляются медицинскими работниками в период с 08.00. до 18.00. с понедельника по пятницу. Оказание платных медицинских услуг медицинским персоналом Учреждения осуществляется в свободное от основной работы время. Оказание платных медицинских услуг в основное рабочее время допускается в порядке исключения (при условии первоочередного оказания гражданам

бесплатной медицинской помощи и при выполнении специалистами объемов медицинской помощи по Программе) в следующих случаях:

а) когда технология их проведения ограничена рамками основного рабочего времени медицинского персонала, оказывающего платные медицинские услуги;

б) когда условия работы за счет интенсивности труда позволяют оказывать платные медицинские услуги без ущерба для оказания бесплатной медицинской помощи.

2.5. Цены на платные медицинские услуги утверждаются Главным врачом учреждения.

2.6. Заключение договора и оплата за услуги (с применением контрольно-кассовой техники или путем безналичного расчета на лицевой счет, где учитываются средства учреждения) производится с 09.00. до 16.00 ежедневно, кроме субботы и воскресения.

2.7. Учреждение вправе заключать дополнительные договоры с другими медицинскими организациями на предоставление платных медицинских услуг.

2.8. Потребители, пользующиеся платными медицинскими услугами обязаны: оплатить предоставляемую медицинскую услугу в сроки и порядки, которые определяются договором; выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление платной медицинской услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений.

2.9. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя, такие услуги оказываются без взимания платы.

2.10. В соответствии с законодательством Российской Федерации учреждение несет ответственность перед потребителем за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенных на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни потребителя.

3. Условия предоставления платных услуг

3.1. Учреждения имеют право предоставлять платные услуги:

а) на иных условиях, чем предусмотрено программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Ивановской области (далее - территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи) и целевыми программами, по желанию потребителя (заказчика), включая в том числе:

установление индивидуального поста медицинского наблюдения при лечении в условиях стационара;

применение лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, если их назначение и применение не обусловлено жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, входящих в указанный перечень, а также применение медицинских изделий, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, не предусмотренных стандартами медицинской помощи;

б) при предоставлении медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

в) 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;

г) при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных статьей 21 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», и случаев оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и медицинской помощи, оказываемой в

неотложной или экстренной форме.

3.2. Учреждение может предоставлять за плату все виды плановой, консультативной, диагностической и лечебной помощи при условии выполнения объемов медицинской помощи, предусмотренных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, и мероприятий федеральных, региональных программ.

3.3. Учреждение не вправе оказывать за плату скорую медицинскую помощь при состояниях, угрожающих жизни, требующих срочного медицинского вмешательства (последствиях несчастных случаев, травм, отравлений и других состояниях и заболеваниях).

3.4. Предоставление платных услуг учреждением осуществляется только при наличии лицензии на избранный вид медицинской деятельности.

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

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

3.6. Учреждение обязано соблюдать приоритетность выполнения объемов бесплатной медицинской помощи по территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

3.7. Платные услуги предоставляются учреждением на отдельно выделенных площадях или с временным разграничением потоков пациентов, без ущерба для основной деятельности учреждения.

4. Информация об исполнителе и оказываемых услугах

4.1. Учреждение обязано предоставить посредством размещения на сайте учреждения в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», а также на информационных стендах (стойках) учреждения информацию, содержащую следующие сведения:

- а) наименование и фирменное наименование (если имеется);
- б) адрес места нахождения учреждения, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об учреждении в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;
- в) сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности (номер и дата регистрации, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность учреждения в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа);
- г) перечень платных услуг с указанием цен в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты;
- д) порядок и условия предоставления медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- е) сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;
- ж) режим работы учреждения, график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- з) адреса и телефоны органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и Территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере

защиты прав потребителей и благополучия человека.

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

4.3. В случае временного приостановления деятельности учреждения для проведения санитарных, ремонтных и иных мероприятий исполнитель обязан информировать потребителя (заказчика) о дате приостановления и дате возобновления оказания платных услуг, а также о возможности получения платных услуг в другом учреждении здравоохранения.

4.4. Учреждение предоставляет для ознакомления по требованию потребителя (заказчика):

а) копию учредительного документа учреждения, положение о его филиале (отделении, другом территориально обособленном структурном подразделении), участвующем в предоставлении платных услуг;

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

4.5. При заключении договора по требованию потребителей (заказчиков) им должна предоставляться в доступной форме информация о платных услугах, содержащая следующие сведения:

а) порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных услуг;

б) информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

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

г) другие сведения, относящиеся к предмету договора.

4.6. До заключения договора исполнитель в письменной форме уведомляет потребителя (заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

5. Порядок заключения договоров на оказание платных услуг и их оплаты

5.1. Предоставление платных услуг оформляется договором, которым регламентируются условия и сроки их получения, гарантии качества, порядок расчетов, права, обязанности, ответственность сторон и иные условия, предусмотренные постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 N 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006».

5.2. Учреждение обязано предоставлять потребителю (заказчику) для ознакомления образцы договоров (других документов) об оказании платных услуг.

5.3. Договор на предоставление платных услуг заключается в письменной форме.

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.

5.4. Потребитель (заказчик) вправе требовать предоставления платных услуг

надлежащего качества, сведения о квалификации и сертификации специалистов, о расчете стоимости оказанной платной услуги.

На предоставление платных услуг может быть составлена смета. Ее составление по требованию потребителя (заказчика) или исполнителя является обязательным, при этом она является неотъемлемой частью договора.

В случае если при предоставлении платных услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, учреждение обязано предупредить об этом потребителя (заказчика).

Без согласия потребителя (заказчика) исполнитель не вправе предоставлять дополнительные платные услуги на возмездной основе.

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

5.6. Учреждение обязано оказывать платную услугу, определенную договором, с использованием собственных лекарственных препаратов, расходных материалов, изделий медицинского назначения, медицинской техники, если иное не предусмотрено договором.

5.7. Потребитель (заказчик) вправе отказаться от оплаты оказанных без его согласия платных услуг, а если они уже оплачены - потребовать возврата уплаченных за них сумм.

5.8. Потребитель (заказчик) обязан оплатить стоимость предоставляемой платной услуги, а также выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление платной услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений.

5.9. Потребитель имеет право знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать консультации у других специалистов.

По требованию потребителя (заказчика) исполнитель обязан предоставить справку об оказанной платной услуге и ее стоимости.

5.10. 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 пациента только по основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

5.11. Если оказание платных услуг потребителю требует производства и (или) применения лекарственных препаратов, расходных материалов, изделий медицинского назначения, медицинской техники, исполнитель по требованию заказчика обязан предоставить ему сведения о необходимых и используемых при оказании данных услуг лекарственных препаратах, расходных материалах, изделиях медицинского назначения, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках).

5.12. Расчеты с населением за предоставление платных услуг осуществляется с применением контрольно-кассовой техники в соответствии с Федеральным законом от 22.05.2003 № 54-ФЗ «О применении контрольно-кассовой техники при осуществлении расчетов в Российской Федерации».

Учреждение обязано выдать потребителю (заказчику) кассовый чек, подтверждающий прием наличных денег.

6. Порядок использования средств, поступивших от оказания платных услуг, в учреждениях

6.1. Деятельность ОБУЗ «ИОКЦМР» по оказанию платных услуг физическим лицам, по договорам с хозяйствующими субъектами любой формы собственности и по договорам в интересах третьих лиц относится к коммерческой деятельности, и экономические показатели от указанной деятельности регулируются Налоговым кодексом Российской Федерации.

6.2. Доход, полученный учреждением от предоставления платных услуг, распределяется в соответствии с Планом финансово-хозяйственной деятельности, в т.ч. по средствам, полученным от приносящей доход деятельности, утвержденным Главным врачом учреждения. Корректировка показателей ПФХД осуществляется в порядке, установленном

Департаментом здравоохранения Ивановской области.

Распределение средств, полученных учреждением от оказания платных услуг, производится в соответствии с Порядком использования средств, поступивших от оказания платных услуг на основании Плана финансово-хозяйственной деятельности, утвержденного Главным врачом учреждения.

6.3. План финансово-хозяйственной деятельности по средствам от приносящей доход деятельности формируется в соответствии со структурой утверждённых тарифов и планируемых объёмов оказания медицинской помощи.

6.4. Прибыль после уплаты налогов направляется:

- на фонд оплаты труда работников, участвующих в предоставлении платных услуг, - в размере до 70%,

- на содержание и развитие материально-технической базы учреждений и другие расходы - в размере от 30%.

6.5. Главный врач определяет направления расходования средств, полученных от предоставления платных услуг, в соответствии с потребностями учреждения с учетом п. 6.4 настоящего Порядка, а также за исключением случаев, установленных законодательством.

6.6. Оплата труда сотрудников, участвующих в оказании платных медицинских услуг и услуг медицинского сервиса, осуществляется в соответствии с Положением об оплате труда из средств, полученных от оказания платных медицинских услуг и услуг медицинского сервиса.

6.7. Доходы, полученные от приносящей доход деятельности, в первую очередь направляются на возмещение затрат, понесённых Учреждением за счёт средств обязательного медицинского страхования (субсидий на финансовое обеспечение выполнения государственного задания).

6.8. Остаток средств на лицевом счёте учреждения на конец текущего финансового года включается в доходную часть Плана финансово-хозяйственной деятельности в части приносящей доход деятельности.

7. Ответственность исполнителя при предоставлении платных услуг

7.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации учреждение несет ответственность перед потребителем за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни потребителя.

7.2. За соблюдением законодательства при выполнении финансово-хозяйственных операций и за организацию бухгалтерского учёта в учреждении по платным услугам является главный врач учреждения. Ответственным за ведение бухгалтерского учёта, своевременного предоставления полной и достоверной бухгалтерской отчётности по платным услугам является главный бухгалтер учреждения.

7.3. Учреждение обязано бесплатно устранять дефекты в предоставлении платной медицинской услуги, возникшие по вине лечащего врача или неправильных действий медицинского персонала в течение 3 месяцев с момента оказания услуги.

7.4. Потребители, пользующиеся платными услугами, вправе предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации и настоящим Положением.

7.5. Претензии и споры, возникшие между потребителем и учреждением, разрешаются по соглашению сторон или в судебном порядке.

7.6. В случае выявления нарушений в организации оказания платных услуг в качестве мер воздействия к учреждению и главному врачу могут применяться следующие санкции:

- приостановление действия или аннулирование разрешения на предоставление платных

медицинских услуг и услуг медицинского сервиса;

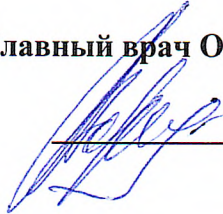
дисциплинарные взыскания, налагаемые на руководителей учреждений, работников учреждений, ответственных за организацию оказания платных услуг в учреждениях, в порядке, предусмотренном статьями 192, 193 Трудового кодекса Российской Федерации;

привлечение к административной ответственности в порядке, предусмотренном статьей 14.1 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях.

В случае выявления фактов, которые имеют признаки состава преступлений, материалы проверок или рассмотрения письменных жалоб и обращений граждан могут быть направлены в правоохранительные органы.

7.7. Учреждение освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством.

УТВЕРЖДАЮ
Главный врач ОБУЗ «ИОКЦМР»


Воробьев А.В.

**ПОРЯДОК
использования денежных средств, поступивших от
оказания платных медицинских услуг**

1. Настоящий Порядок разработан в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации, Налоговым кодексом Российской Федерации, Бюджетным кодексом Российской Федерации, Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г. № 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг" и определяет порядок распределения денежных средств, поступающих от оказания платных медицинских услуг и услуг медицинского сервиса (далее - ПМУ и УМС) в рамках приносящей доход деятельности Областного бюджетного учреждения здравоохранения «Ивановский областной клинический центр медицинской реабилитации» (далее - ОБУЗ «ИОКЦМР»),

2. Деятельность ОБУЗ «ИОКЦМР» по оказанию платных медицинских услуг и услуг медицинского сервиса физическим лицам, по договорам с хозяйствующими субъектами любой формы собственности и по договорам в интересах третьих лиц относится к коммерческой деятельности, и экономические показатели от указанной деятельности регулируются Налоговым кодексом Российской Федерации.

3. Доходы от оказания платных медицинских услуг и услуг медицинского сервиса могут поступать в учреждение путём безналичных расчётов согласно заключённым договорам на оказание услуг. Средства, полученные по безналичному расчёту за оказание платных услуг, поступают на счёт учреждения по приносящей доход деятельности, открытый в Управлении федерального казначейства по Ивановской области. Доходы также могут вноситься наличностью в кассу, согласно договору о платных услугах, заключённого с пациентом. Приём наличных денег производится с применением контрольно-кассовой техники с выдачей чека.

Лицо, ответственное за приём наличных денег ежедневно сдаёт их (при наличии) кассиру бухгалтерии. Принятые по приходному ордеру деньги должны сдаваться по расчётный счёт учреждения.

3. Доходы, полученные от оказания платных медицинских услуг и услуг медицинского сервиса, направляются на расходы, связанные с уставной деятельностью учреждения и распределяются в соответствии с Планом финансово-хозяйственной деятельности, утверждённого главным врачом (корректировка показателей ПФХД осуществляется в порядке, установленном Департаментом здравоохранения Ивановской области). План финансово-хозяйственной деятельности по средствам от приносящей доход деятельности по предоставлению платных услуг формируется в соответствии со структурой утверждённых тарифов.

Цены (тарифы) на предоставление платных услуг утверждаются Главным врачом. Порядок определения цен (тарифов) утверждается Департаментом здравоохранения Ивановской области.

Цены (тарифы) на предоставление платных услуг формируются на основании размера расчётных и расчётно-нормативных затрат на оказание медицинских услуг и затрат на содержание имущества учреждения с учётом фактических затрат учреждения на оказание

медицинских услуг в предшествующие периоды, прогнозной информации о динамике изменения уровня цен (тарифов) в составе затрат на оказание медицинских услуг, анализа существующего и прогнозируемого объема рыночных предложений на аналогичные услуги и уровня цен (тарифов) на них.

Затраты учреждения на оказание платных услуг включают в себя затраты непосредственно связанные с оказанием платной услуги и потребляемые в процессе её предоставления (затраты на персонал, непосредственно участвующий в процессе оказания платной услуги, материальные запасы, амортизация оборудования, используемого в процессе оказания платной услуги, прочие расходы, отражающие специфику оказания платной услуги), и затраты необходимые для обеспечения деятельности учреждения в целом, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания платной услуги (накладные затраты) (затраты на персонал, не участвующий непосредственно в процессе оказания платной услуги, хозяйственные расходы, на уплату налогов и других обязательных платежей, амортизация зданий, сооружений и других основных фондов, непосредственно не связанных с оказанием платной услуги). Цены (тарифы) на платные услуги устанавливаются с учётом покрытия издержек учреждения на оказание данных услуг.

4. Доходы, полученные от оказания платных медицинских услуг и услуг медицинского сервиса, направляются:

- до 70% средств от полученного дохода - на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда (в размере, установленном действующим законодательством) работников учреждения и материальное поощрение в соответствии с Положением об оплате труда работников, участвующих в оказании платных медицинских услуг и услуг медицинского сервиса;

- остальные средства (не менее 30%) - в соответствии с кодами бюджетной классификации на прочие выплаты, услуги связи, транспортные услуги, коммунальные услуги, арендная плата за пользование имуществом, работы, услуги по содержанию имущества, прочие работы, услуги, налоги и другие обязательные платежи, приобретение оборудования и прочих основных средств, медикаменты, продукты питания, приобретение предметов снабжения и расходных материалов, мягкого инвентаря, работы по капитальному и текущему ремонту, культурно-массовые и оздоровительные мероприятия, социальные выплаты, приобретение подарков к праздникам и др.

Доходы, полученные от приносящей доход деятельности, в первую очередь направляются на возмещение затрат, понесённых Учреждением за счёт средств обязательного медицинского страхования (субсидий на финансовое обеспечение выполнения государственного задания). Расходы на коммунальные услуги возмещаются пропорционально доле доходов от платных услуг в общем объёме финансирования по всем источникам на соответствующий лицевой счёт 1 раз в квартал.

5. Основанием для оплаты труда персонала, участвующего прямо или косвенно в оказании платных услуг, служат нормативные документы, а также документы, подтверждающие объём выполненных работ, отработанное время, заработанных средств и т.д. Табель учёта отработанного времени утверждается главным врачом. Оплата труда работников по приносящей доход деятельности от участия в оказании ПМУ и УМС. производится на основании "Положения об оплате труда работников, участвующих в оказании платных медицинских услуг и услуг медицинского сервиса" с учётом индивидуального вклада сотрудников, участвующих в оказании ПМУ и УМС.

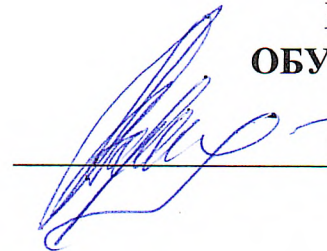
6. Прибыль, остающаяся в распоряжении учреждения после уплаты налогов, сборов, предусмотренных законодательством о налогах и сборах, оплаты услуг по обслуживанию счета в кредитных организациях, а также возвратов ошибочно зачисленных сумм юридическим и физическим лицам, направляется на:

- 6.1.материальное поощрение и социальные выплаты, в том числе на оказание материальной помощи, культурно-массовые и оздоровительные мероприятия и др.;

- 6.2. содержание и развитие материально-технической базы учреждения.

7. Остаток средств на лицевом счёте учреждения на конец текущего финансового года включается в доходную часть Плана финансово-хозяйственной деятельности в части приносящей доход деятельности.

УТВЕРЖДАЮ
Главный врач
ОБУЗ «ИОКЦМР»



Воробьев А.В.

ПОЛОЖЕНИЕ

об оплате труда работников, участвующих в оказании платных медицинских услуг и услуг медицинского сервиса

1. Денежные средства, поступившие от оказания платных медицинских услуг распределяются следующим образом:

1.1. На оплату труда (КОСГУ 211) - 53,76% от полученных доходов, в том числе:

- на оплату труда работникам, непосредственно участвующим в оказании платных медицинских услуг - 44,3 %, из них 1% - медицинский регистратор платных медицинских услуг;

- главный врач - 2,0 %;

- на оплату труда работникам, организующим оказание платных медицинских услуг - 3,0 %:

из них:

заместитель главного врача по медицинской части - 0,5 %

заместитель главного врача по экономическим вопросам - 0,5 %;

главный бухгалтер - 0,5 %;

экономист - 0,5 %;

бухгалтер - 0,5 %;

кассир - 0,5 %;

- резерв (отпуска) - 4,46%.

1.2. На начисления на выплаты по оплате труда (КОСГУ 213) - 16,24%.

1.3. Оплата труда конкретного исполнителя производится в соответствии с объёмами выполненных работ, определёнными на основании коэффициента трудового участия. Определение КТУ производится комиссией, состав и численность которой определяется решением собрания коллектива отделения, по отчёту за оказанные медицинские услуги.

1.4. Остальные доходы направляются на:

- возмещение материальных затрат;

- укрепление материально-технической базы учреждения;

- уплату налогов;

- социальные выплаты и пр.

2. Установить, что размер ежемесячного вознаграждения главного врача от доходов, полученных от приносящей доход деятельности, не может превышать 2% от суммы доходов, полученных от приносящей доход деятельности.

Начисление заработной платы главному врачу, заместителям главного врача, главному бухгалтеру осуществлять с учётом положений Приказа Департамента здравоохранения Ивановской области от 12.05.2017 г. №121 "Порядок оплаты труда руководителей, их заместителей и главных бухгалтеров государственных учреждений, подведомственных Департаменту здравоохранения Ивановской области". В случае, если при начислении заработной платы за счет средств от приносящей доход деятельности, будут превышены показатели, установленные приказом №121 от 12.05.2017г. (в действующей редакции), то начисления по приносящей доход деятельности осуществляются в тех размерах, которые не нарушают положения этого приказа.

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Иваново

" ____ " _____ 20__ г.

Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Ивановский областной клинический центр медицинской реабилитации» (далее – ОБУЗ «ИОКЦМР»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Воробьева Александра Вадимовича, действующего на основании Устава и Свидетельства о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц о юридическом лице, зарегистрированном до 1 июля 2002 года серии 37 № 000447239, выданного Инспекцией Министерства Российской Федерации по налогам и сборам по г. Иваново, лицензии № Л041-01139-37/00331209 от 30.04.2019, выданной Департаментом здравоохранения Ивановской области, действующей бессрочно

и _____,

(реквизиты юридического лица и/или физического лица)

именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1. Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется за вознаграждение оказать медицинские услуги.
- 1.2. Перечень и стоимость платных медицинских услуг, предоставляемых Заказчику, указаны в прейскуранте Исполнителя, действующем на дату составления настоящего договора.
- 1.3. Пациентом является _____
- 1.4. При исполнении настоящего договора стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации и Ивановской области, регулирующим предоставление юридическим и физическим лицам платных медицинских услуг.

2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

- 2.1. Услуги Заказчику оказываются в соответствии с режимом работы Исполнителя, который доводится до сведения Заказчика при заключении договора.
 - 2.2. В случае необходимости привлечения третьих лиц для оказания медицинских услуг Заказчику Исполнитель обязан привлекать третьих лиц, обладающих необходимыми разрешениями на оказание соответствующих медицинских услуг, а также обладающих необходимыми знаниями и квалификацией.
- При привлечении третьих лиц для оказания медицинских услуг Заказчику Исполнитель обязан довести до сведения Заказчика всю необходимую информацию о третьем лице, а также информацию о времени и месте оказания Заказчику данных медицинских услуг.

3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

- 3.1. Ориентировочная стоимость оказываемых Заказчику платных медицинских услуг согласно прейскуранту составляет _____ руб. Окончательная стоимость определяется на основании акта оказанных услуг.
- 3.2. Оплата Заказчиком производится наличным платежом в кассу или по безналичному расчету на счет Исполнителя в следующем порядке:
 - Денежная сумма в размере _____ рублей подлежит оплате в день подписания настоящего договора.
 - Оставшаяся денежная сумма подлежит оплате в день подписания акта оказанных услуг по настоящему договору.
- 3.3. При оплате наличным платежом в кассу Исполнитель обязан выдать Заказчику документы, подтверждающие прием наличных денег (чек платежного терминала, являющийся бланком строгой отчетности).

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

- 4.1. Исполнитель обязан:
 - 4.1.1. Своевременно и качественно оказать Заказчику медицинские услуги;

4.1.2. Предоставить Заказчику в доступной форме достоверную информацию о предоставляемых услугах до подписания договора;

4.1.3. При оказании медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные препараты, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке;

4.1.4. Обеспечить Заказчика в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о разрешении (лицензии) на медицинскую деятельность, о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг и услуг медицинского сервиса, их стоимости, условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов;

4.1.5. Обеспечить выполнение принятых на себя обязательств по оказанию медицинских услуг силами собственных специалистов или сотрудников медицинских организаций, имеющих с Исполнителем договорные отношения;

4.1.6. Вести установленную законодательством медицинскую документацию, а также учет видов, объемов и стоимости оказываемых Заказчику услуг;

4.1.7. Обеспечить Заказчику непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по письменному требованию Заказчика копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья Заказчика;

4.1.8. Хранить в тайне информацию, содержащуюся в медицинской документации Заказчика.

4.2. Исполнитель имеет право:

4.2.1. Требовать от Заказчика предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему медицинских услуг;

4.2.2. Привлекать для оказания Заказчику медицинских услуг третьих лиц, имеющих лицензию на соответствующий вид деятельности;

4.2.3. В случае возникновения потенциальной угрозы жизни и здоровью Заказчика, а также в иных неотложных ситуациях, действуя в условиях крайней необходимости, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной договором;

4.2.4. В случае невозможности оказания услуги отказаться от исполнения обязательств по договору при условии возврата Заказчику стоимости оплаченной услуги;

4.2.5. Требовать от Заказчика полной оплаты оказанных услуг.

4.3. Заказчик обязан:

4.3.1. Своевременно оплатить стоимость услуги;

4.3.2. Сообщить Исполнителю сведения, необходимые для качественного исполнения услуги (реакция на медикаменты, персональные заболевания и пр.);

4.3.3. Соблюдать в полном объеме правила и условия получения медицинской услуги, установленные Заказчиком, неукоснительно соблюдать рекомендации врачей;

4.3.4. Своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Заказчиком условий договора, а также о необходимости изменения назначенного Заказчику времени получения медицинской услуги.

4.4. Заказчик имеет право:

4.4.1. Получать от Исполнителя полную, доступную для понимания, своевременную информацию о получаемой медицинской услуге;

4.4.2. Отказаться от получения услуги на любом этапе и получить оплаченную сумму с возмещением Исполнителю фактически понесенных затрат. Требование Заказчика о возврате уплаченной за услугу денежной суммы подлежит удовлетворению в десятидневный срок со дня предъявления соответствующего требования.

5. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ УСЛУГЕ

5.1. Исполнитель имеет лицензию на медицинскую деятельность Л041-01139-37/00331209 от 30.04.2019, выданную Департаментом здравоохранения Ивановской области, срок действия лицензии – бессрочно.

5.2. Заказчик уведомлен о том, что данный вид медицинской услуги не входит (входит) в Территориальную программу государственных гарантий и не финансируется (финансируется) из средств бюджета или обязательного медицинского страхования, а также о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

Я, _____,
(Ф.И.О. пациента)

информирован(а) в доступной форме о возможности получения медицинской помощи за счет государственных средств, а также о правилах оказания данных видов помощи в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Областном бюджетном учреждении здравоохранения «Ивановский областной клинический центр медицинской реабилитации», а также о режиме соблюдения указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу.

Заказчик подтверждает, что ознакомился с Положением по организации оказания платных медицинских услуг в Областном бюджетном учреждении здравоохранения «Ивановский областной клинический центр медицинской реабилитации», утвержденным приказом №128 от 01.09.2023.

Подпись _____

5.3. Началом предоставления медицинской услуги считается:

5.3.1. При стационарном лечении - день госпитализации;

5.3.2. При амбулаторном лечении - первичный осмотр и обследование.

5.4. Продолжительность услуги: _____ дней (часов).

5.5. Лечение производит врач (врачи): _____

(Ф.И.О., врачебная квалификационная категория)

5.6. Заказчик информирован:

5.6.1. О возможных (но не обязательных) осложнениях медицинской услуги, которые могут причинить вред здоровью.

В случае возникновения осложнений Исполнитель предпринимает действия, направленные на устранение их последствий без дополнительной оплаты.

5.6.2. О несовершенстве медицинской науки и практики и невозможности в связи с этим гарантировать ожидаемые результаты лечения.

6. КАЧЕСТВО ОКАЗЫВАЕМЫХ УСЛУГ

6.1. Исполнитель гарантирует качество оказываемых платных медицинских услуг, которые соответствуют условиям договора, а также обязательным требованиям к качеству медицинских услуг, предъявляемым к таким услугам в соответствии федеральным законом или иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, нормативными правовыми актами Ивановской области.

7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

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

7.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ЕГО ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ

8.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до исполнения обязательств сторонами.

8.2. Изменение существенных условий Договора при его исполнении не допускается, за исключением их изменения по соглашению Сторон в случаях, предусмотренных действующим законодательством. При изменении Договора обязательства сторон сохраняются в измененном виде. Все изменения осуществляются в письменной форме.

8.3. Расторжение Договора допускается по соглашению Сторон, по решению суда, в случае одностороннего отказа Стороны Договора от исполнения Договора в соответствии с гражданским законодательством. Соглашение о расторжении Договора совершается в письменной форме. При расторжении Договора обязательства сторон прекращаются.

8.4. В случае отказа потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом потребитель и (или) заказчик оплачивают исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

9. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

9.1. Споры и разногласия, возникающие в процессе исполнения данного договора, разрешаются путем переговоров, а в случае недостижения согласия - в судебном порядке.

9.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую

силу, по одному для каждой стороны.

9.3. Стороны пришли к соглашению об использовании Исполнителем при подписании договора, акта оказанных услуг факсимильного воспроизведения подписи руководителя Исполнителя.

10. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель: Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Ивановский областной клинический центр медицинской реабилитации» (ОБУЗ «ИОКЦМР»)

Дата государственной регистрации: 09.12.1999

Наименование регистрирующего органа: Регистрационная палата Администрации г. Иваново

Адрес: г. Иваново, ул. 3-я Сосневская, 137; тел./факс 8(4932)47-40-31

E-mail: gkbvl@mail.ru

Адрес сайта: <https://ivcmr.ru/>

ИНН 3730006353 КПП 370201001

Департамент финансов Ивановской области (ОБУЗ «ИОКЦМР» л/с 20336Щ38770)

Казначейский счет 03224643240000003300

в ОТДЕЛЕНИЕ ИВАНОВО БАНКА РОССИИ/УФК ПО ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ г. Иваново

БИК 012406500

ЕКС 40102810645370000025

ОГРН 1033700056312 ОКПО 22834875

Главный врач _____ А.В. Воробьев
МП.

Заказчик: _____

_____/_____/_____

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ВЕЛОЭРГОМЕТРИЮ.

В соответствии со статьёй 20 Федерального закона №323-ФЗ от 21.11.2011г. «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации» необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача в письменной форме информированного добровольного согласия(отказа) гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство.

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество полностью)

являясь законным представителем ребёнка(мать, отец, усыновитель, опекун)

_____ (фамилия, имя, отчество полностью, дата рождения)

_____ возраст _____

(полных лет)

получив от медицинского работника ОБУЗ «ИОКЦМР»

_____ (фамилия, имя, отчество)

информацию о медицинском вмешательстве, даю согласие на проведение велоэргометрии.

Общая информация.

Тест с нагрузкой – исследование сердечно-сосудистой системы, в ходе которого регулярно измеряют Ваше артериальное давление и регистрируют ЭКГ в условиях физической нагрузки на велосипеде (велоэргометре).

Исследование позволяет оценить:

- Получает ли сердечная мышца достаточно крови во время нагрузки?
- Какую физическую нагрузку Вы переносите?
- Возникают ли у Вас во время физической нагрузки нарушения ритма или изменения артериального давления?
- Достаточно ли эффективны принимаемые Вами сердечные лекарства?

Подготовка к исследованию:

- Наденьте свободную, не препятствующую движениям одежду и удобную обувь, в которой можно крутить педали.
- Если Вы носите очки, наденьте их на время исследования, чтобы Вы могли видеть на экране показатели нагрузки.
- За 2 часа до нагрузочного теста можно съесть легкое блюдо, разрешено пить воду.
- В основном, в день проведения исследования рекомендуется принять принимаемые Вами обычно назначенные врачом лекарства, если врач не дал Вам иных рекомендаций.
- Возьмите с собой направление на исследование и результаты раньше проведенных ЭКГ, а также ответы ранее проведенных исследований сердца, если таковые имеются.
- Исследование длится 30-40 минут, по возможности просим Вас быть на месте на 5-10 минут раньше. Может случиться и так, что проведение Вашего исследования задержится из-за неотложной работы или опоздания предыдущего пациента.

Проведение исследования.

Перед началом теста с нагрузкой на обнаженную верхнюю часть тела закрепляют электроды (мужчинам при необходимости бреют зону крепления электродов), на плечо устанавливают манжету для измерения артериального давления. После этого пациент садится на велосипед (велоэргометр) и едет в темпе ~1 оборот в секунду (показатель шкалы 60). Нагрузка назначается врачом в зависимости от заболевания и тренированности пациента. Ехать следует до появления усталости или жалоб (боль в груди, головокружение, одышка и пр.), о которых нужно незамедлительно сообщить проводящей исследование медсестре. В случае изменений на ЭКГ или чрезмерного повышения артериального давления исследование прекратит врач.

После исследования.

В отдельных случаях возможно ухудшение состояния (усугубление основного заболевания). Изредка на следующий день имеется болезненность ногных мышц.

Настоящим подтверждаю, что я прочитал/а данный документ и полностью понял/а его содержание. Я извещен/а о сути и о возможных рисках исследования.

Перед тем, как дать свое согласие, я получил/а удовлетворившие меня ответы на каждый из своих вопросов об этой процедуре и сопутствующих рисках и осложнениях.

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),

_____ (фамилия, имя, отчество гражданина, контактный телефон)

_____ подпись _____

_____ (фамилия, имя, отчество гражданина или законного представителя гражданина)

_____ подпись _____
(фамилия, имя, отчество медицинского работника)

Дата оформления _____

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____

_____ (Ф.И.О. гражданина)

“ _____ ”

_____ г. рождения, паспорт

в отношении _____

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

“ _____ ”

_____ г. рождения,

(дата рождения пациента при подписании _____ законным представителем)

в процессе оказания медицинской помощи, руководствуясь ст. ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие ОБУЗ «ИОКЦМР» в целях оказания мне медицинских услуг на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), внесение их в электронную базу данных, включая списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения, составляющие врачебную тайну, о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

“ _____ ” _____ 20__ г.

_____ / _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

“ _____ ” _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу:

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

" _____ " _____ г. рождения,
(дата рождения пациента при подписании _____ законным представителем)
проживающего по адресу: _____

(в случае проживания не по месту жительства 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 (опрос с целью выявления жалоб на состояние здоровья и влияющих на это причин, осмотр, термометрия, тонометрия, исследование функций нервной системы, лабораторные и функциональные методы исследования, введение лекарственных препаратов, медицинский массаж, лечебная физкультура), а также на следующие виды медицинских вмешательств: рефлексотерапию, лечебно-медикаментозные блокады, мануальную терапию, физиотерапию, в том числе:

- Магнитотерапевтическое лечение
- Лазеротерапевтическое лечение
- Электролечение
- Ультразвуковое лечение
- Высокочастотная терапия
- Инфразвуковое лечение
- Светолечение (УФО)
- Водолечение,
- Теплолечение.
- Высокоточная терапия

для получения первичной специализированной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

ОБУЗ «Ивановский областной клинический центр медицинской реабилитации»

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы проведения физиотерапевтического и функционального лечения, связанные с ними риски, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

При использовании физических факторов в лечении предполагаются следующие результаты: уменьшение боли, отёка, воспаления, мышечного спазма, улучшение микроциркуляции и трофики тканей организма (в том числе улучшение кровообращения головного мозга).

Возможные общие реакции дезадаптации и осложнения: ухудшение общего самочувствия, нарушение сна, повышенная утомляемость, раздражительность, потливость, головокружения и головные боли, снижение работоспособности, лабильность пульса и артериального давления, аллергические реакции.

Возможные местные реакции дезадаптации и осложнения: усиление боли и отёка, гиперемия (покраснение).

Я ознакомился (ознакомилась) и обязуюсь соблюдать правила проведения процедуры:

- снять украшения и убрать металлические предметы,
- при ухудшении самочувствия сразу сообщать врачу об изменениях,

- при проведении лазерной терапии, УФО нельзя снимать защитные очки до завершения процедуры,
- отключить мобильный телефон на время лечебной процедуры.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, мне предложенных.

Я информирован (а) о возможности бесплатного получения медицинских услуг в рамках программы государственных гарантий в муниципальных и государственных учреждениях.

Мне разъяснено, что плохая переносимость процедуры пациентом, недостаточно качественная подготовка к исследованию по причине не соблюдения мной предписаний врача или особенности моего организма может стать объективной причиной отказа врача от проведения диагностического или лечебного вмешательства.

Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, хронических и инфекционных заболеваниях (в т.ч. ВИЧ, гепатит), о принимаемых лекарственных средствах, о заболеваниях нервной системы (эпилепсия, эпилептический синдром).

Я указываю медицинские вмешательства, от которых я отказываюсь при любых обстоятельствах, кроме случаев непосредственной угрозы для моей жизни или повторного согласования мной:

(наименование процедуры, физиотерапевтического лечения)

Я осознаю несовершенство медицинской науки и практики и невозможность в связи с этим гарантировать ожидаемые результаты лечения, что проводимое лечение в т. ч. медицинское вмешательство, не гарантирует полного выздоровления.

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 знаю, что строгое соблюдение рекомендаций врача является необходимым условием для успешного физиотерапевтического лечения.

Я ознакомлен (а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на о лечение в предложенном объеме.

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)

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я,

_____ (Ф.И.О. гражданина)

“ ____ ”

_____ г. рождения, паспорт

в отношении _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

" ____ "

_____ г. рождения,

(дата рождения пациента при подписании _____ законным представителем)

в процессе оказания медицинской помощи, руководствуясь ст. ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие ОБУЗ «ИОКЦМР» в целях оказания мне медицинских услуг на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), внесение их в электронную базу данных, включая списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения, составляющие врачебную тайну, о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

" ____ " _____ 20__ г.

_____ / _____

Приложение № 7 к приказу
ОБУЗ «ИОКЦМР» № 128 от 01.09.2023

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

“ _____ ” _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу:

_____ в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

“ _____ ” _____ г. рождения,
(дата рождения пациента при подписании _____ законным представителем)

проживающего по адресу: _____
(в случае проживания не по месту жительства 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 (опрос с целью выявления жалоб на состояние здоровья и влияющих на это причин, осмотр, термометрия, тонометрия, исследование функций нервной системы, лабораторные и функциональные методы исследования, введение лекарственных препаратов, медицинский массаж, лечебная физкультура), а также на следующие виды медицинских вмешательств: рефлексотерапию, физиотерапию, лечебно-медикаментозные блокады, мануальную терапию, для получения первичной специализированной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

ОБУЗ «Ивановский областной клинический центр медицинской реабилитации»

(полное наименование медицинской организации)

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)

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я,

_____ (Ф.И.О. гражданина)

“ ____ ”

_____ г. рождения, паспорт

в отношении _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

" ____ "

_____ г. рождения,

(дата рождения пациента при подписании _____ законным представителем)

в процессе оказания медицинской помощи, руководствуясь ст. ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие ОБУЗ «ИОКЦМР» в целях оказания мне медицинских услуг на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), внесение их в электронную базу данных, включая списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения, составляющие врачебную тайну, о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

" ____ " _____ 20__ г.

_____ / _____ /

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ВНУТРИТКАНЕВУЮ
ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИЮ ПО МЕТОДУ ГЕРАСИМОВА**

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

“ _____ ” _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу:

_____ в отношении

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

“ _____ ” _____ г. рождения,

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

проживающего

по адресу: _____

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

получив от медицинского работника ОБУЗ «ИОКЦМР»

_____ (фамилия, имя, отчество)

информацию о медицинском вмешательстве, даю согласие на проведение внутритканевой электростимуляции в

ОБУЗ «Ивановский областной клинический центр медицинской реабилитации»

_____ (полное наименование медицинской организации)

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы проведения лечения, связанные с ними риски, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

При использовании физического фактора (низкочастотного импульсного электрического тока) в лечении предполагаются следующие результаты: уменьшение боли, отека, воспаления, мышечного спазма, улучшение микроциркуляции и трофики тканей организма.

Возможные общие реакции дезадаптации и осложнения: ухудшение общего самочувствия, нарушение сна, повышенная утомляемость, раздражительность, потливость, головокружения и головные боли, снижение работоспособности, лабильность пульса и артериального давления.

Возможные местные реакции дезадаптации и осложнения: усиление боли и отека, гиперемия (покраснение).

Я ознакомился и обязуюсь соблюдать правила проведения процедуры:

- снять украшения и убрать металлические предметы.
- не прикасаться к аппарату как до, так и во время процедуры.
- при ухудшении самочувствия сразу сообщать врачу об изменениях.
- отключить мобильный телефон на время лечебной процедуры.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, мне предложенных.

Я информирован (а) о возможности бесплатного получения медицинских услуг в рамках программы государственных гарантий в муниципальных и государственных учреждениях.

Мне разъяснено, что плохая переносимость процедуры пациентом, недостаточно качественная подготовка к исследованию по причине не соблюдения мной предписаний врача или особенности моего организма может стать объективной причиной отказа врача от проведения диагностического или лечебного вмешательства.

Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, хронических и инфекционных заболеваниях (в т.ч. ВИЧ, гепатит), о принимаемых лекарственных средствах, о заболеваниях нервной системы (эпилепсия, эпилептический синдром).

Я указываю медицинские вмешательства, от которых я отказываюсь при любых обстоятельствах, кроме случаев непосредственной угрозы для моей жизни или повторного согласования мной: _____

_____ (наименование процедуры, физиотерапевтического лечения)

Я осознаю несовершенство медицинской науки и практики и невозможность в связи с этим гарантировать ожидаемые результаты лечения, что проводимое лечение в т. ч. медицинское вмешательство, не гарантирует полного выздоровления.

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 знаю, что строгое соблюдение рекомендаций врача является необходимым условием для успешного физиотерапевтического лечения.

Я ознакомлен (а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на лечение в предложенном объеме.

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)

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

“ _____ ” _____ г. рождения, паспорт _____

в отношении _____

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

“ _____ ” _____ г. рождения,
(дата рождения пациента при подписании _____ законным представителем)

в процессе оказания медицинской помощи, руководствуясь ст. ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие ОБУЗ «ИОКЦМР» в целях оказания мне медицинских услуг на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), внесение их в электронную базу данных, включая списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения, составляющие врачебную тайну, о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

“ _____ ” _____ 20__ г. _____ / _____