

## ПРЕДДОГОВОРНОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ

Я,

Потребитель, \_\_\_\_\_,

до заключения договора на оказание платных медицинских услуг с Исполнителем ГБУЗ «Областная психоневрологическая больница № 5» уведомлен 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, 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, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Подписи:

Потребитель: \_\_\_\_\_

### ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ (в амбулаторных условиях)

г.Магнитогорск

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областная психоневрологическая больница № 5», в дальнейшем именуемое «Исполнитель», в лице исполняющего обязанности главного врача Поцелюк Ольги Владимировны, действующего на основании приказа Министерства здравоохранения Челябинской области от 20.10.2023 г. №776л, с одной стороны, и \_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, вместе именуемые Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

#### 1. Общие положения

1.1. Платные медицинские услуги предоставляются Исполнителем на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности N ЛО-74-01-005641 от 17.09.2020, срок действия лицензии: бессрочно, выданной Министерством здравоохранения Челябинской области, адрес: 454000 г. Челябинск, ул. Кирова, д. 165.

1.2. Сроки ожидания платных медицинских услуг: услуги оказываются с момента заключения договора.

1.3. Срок оказания услуги: с « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. по « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

#### 2. Предмет договора

2.1. По настоящему договору Исполнитель обязуется по заданию Потребителя оказать платные медицинские услуги, а Потребитель обязуется оплатить эти услуги.

2.2. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором:

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

2.3. Получателем платных медицинских услуг является Потребитель.

2.4. Потребителю уведомлен, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

2.5. Платные медицинские услуги предоставляются в амбулаторных условиях, при наличии информированного добровольного согласия.

2.6. Потребитель согласен на осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.7. При необходимости Потребителю могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень и сроки оказания которых согласуются Сторонами в дополнительном соглашении.

### 3. Права и обязанности сторон

#### 3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. Оказать медицинские услуги в соответствии с требованиями действующего законодательства.

3.1.2. Предоставить по письменному требованию Потребителя в доступной форме информацию о состоянии здоровья Потребителя, об оказанной ему медицинской помощи.

#### 3.2. Исполнитель вправе:

3.2.1. Отказаться от исполнения настоящего договора в случае выявления у Потребителя противопоказаний к проведению лечебных и диагностических мероприятий.

#### 3.3. Потребитель обязан:

3.3.1. Предоставить Исполнителю все имеющиеся результаты ранее проведенных исследований и консультаций, а также сообщить полные сведения о состоянии здоровья Потребителя, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях, наследственности, иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

3.3.2. Соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности Потребителя, и правила внутреннего распорядка лечебного учреждения

3.3.3. Согласовывать с лечащим врачом употребление любых лекарств, трав, мазей и прочего.

3.3.4. Потребитель обязан оплатить оказанные услуги в размере, порядке и сроки, установленные настоящим договором.

#### 3.4. Потребитель имеет право:

3.4.1. Получать медицинские услуги в соответствии с требованиями действующего законодательства.

3.4.2. Получить в доступной для него форме по письменному требованию информацию о состоянии своего здоровья и об оказанной ему медицинской помощи.

3.4.3. По окончании оказания услуг получить выписку из медицинских документов, отражающую состояние его здоровья, без взимания дополнительной платы.

### 4. Стоимость платных медицинских услуг и порядок расчетов

4.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю, определяется в соответствии с действующим в медицинской организации Прейскурантом и составляет \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ рублей.

4.2. Оплата услуг по договору осуществляется наличными денежными средствами или с использованием платежных банковских карт по выбору Потребителя, до начала оказания услуг.

Исполнитель обязан выдать Потребителю документ, подтверждающий оплату услуг по договору.

4.3. В случае, если оказание услуг в рамках настоящего договора окажется невозможным, Стороны подписывают дополнительное соглашение, при этом с Потребителя удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Потребителем по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

### 5. Ответственность сторон за невыполнение условий договора

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

5.2. Исполнитель не несет ответственность, если исполнение или надлежащее исполнение обязательств по оказанию медицинских услуг стало невозможным по причине нарушения Потребителем пунктов 3.3.1., 3.3.2., 3.3.3. настоящего договора.

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

### 7. Заключительные положения

7.1. При заключении настоящего договора до сведения Потребителя доведена информация, указанная в Правилах предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736, посредством размещения на сайте в сети "Интернет" и на информационных стендах (стойках) Исполнителя в наглядной и доступной форме.

7.2. Потребитель подтверждает, что на момент заключения настоящего договора им в доступной форме предоставлена информация, содержащая следующие сведения: порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи; информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации); другие сведения, относящиеся к предмету договора.

7.3. Исполнитель предоставил Потребителю информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с

ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

7.4. Настоящий договор вступает в силу с момента его заключения и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

7.5. Потребитель дает согласие на обработку персональных данных, необходимых для исполнения настоящего договора, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов.

7.6. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Потребителя.

7.7. Изменение и расторжение договора осуществляются в соответствии с действующим законодательством РФ.

7.8. Неотъемлемой частью настоящего договора является информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

7.9. Во всем, что не урегулировано настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

7.9.Сведения о Потребителе (ФИО, адрес места жительства, телефон; данные документа, удостоверяющего личность), при оказании платных медицинских услуг гражданину анонимно сведения фиксируются со слов потребителя услуги: \_\_\_\_\_

Сведения о Законном представителе Потребителя (ФИО, адрес места жительства, телефон; данные документа, удостоверяющего личность), заполняется при наличии \_\_\_\_\_

Сведения об Опекуне Потребителя (адрес места жительства, телефон; данные документа, удостоверяющего личность), \_\_\_\_\_  
заполняется при наличии \_\_\_\_\_:

8. Реквизиты Исполнителя: ГБУЗ «Областная психоневрологическая больница №5»

Адрес: 455048 г. Магнитогорск, ул. Рабочая, 53

ИНН: 7445040138

КПП: 745501001

Минифин Челябинской области (ГБУЗ «ОПНБ №5», л/сч. 20201602214 ПЛ)

Номер счета банка получателя средств (номер банковского счета, входящего в состав единого казначейского счета (ЕКС)) сч 40102810645370000062

Номер счета получателя (номер казначейского счета): 03224643750000006900 в отделении Челябинск Банка России// УФК по Челябинской области г.Челябинск

БИК: 047501001

Телефон: (3519) 27-14-36

9. Подписи сторон:

Потребитель:

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

Исполнитель:

И.о.главного врача ГБУЗ «ОПНБ № 5»

\_\_\_\_\_ О.В.Поцелюк

Информированное добровольное согласие  
на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)  
\_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
\_\_\_\_\_ (дата рождения гражданина либо  
законного представителя)

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)  
проживающий по \_\_\_\_\_  
адресу: \_\_\_\_\_  
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в \_\_\_\_\_  
отношении \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным  
представителем)  
\_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:  
\_\_\_\_\_ (дата рождения пациента при подписании  
законным представителем)

\_\_\_\_\_ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

настоящим даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство для получения медицинской помощи в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Областная психоневрологическая больница № 5».

Медицинским работником

\_\_\_\_\_

в доступной для меня форме даны полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы, об условиях, целях и методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинских вмешательств, их последствиях, в том числе вероятности развития осложнений, а также предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранных мной лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья:

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

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

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_ г.

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя,  
(подпись) \_\_\_\_\_ телефон)

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

АКТ  
ПРИЕМА-ПЕРЕДАЧИ ОКАЗАННЫХ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областная психоневрологическая больница № 5», в дальнейшем именуемое «Исполнитель», в лице исполняющего обязанности главного врача Поцелюк Ольги Владимировны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и \_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны,

вместе именуемые Стороны, составили настоящий акт о нижеследующем:

В соответствии с условиями договора N \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. Исполнитель оказал, а Потребитель принял оказанные платные медицинские услуги.

У Потребителя нет претензий по количеству и качеству оказанных услуг.

Настоящий акт составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, - по одному для каждой из Сторон.

Подписи сторон:

Потребитель:

\_\_\_\_\_

Исполнитель:

\_\_\_\_\_