

### Уведомление

Мне (заказчику, пациенту) \_\_\_\_\_  
законному представителю \_\_\_\_\_

в рамках договора на оказание платных медицинских разъяснено и мною осознано следующее:

1. Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое лечение моему ребенку (мне) не гарантирует 100% результат и что при медицинском вмешательстве и после него, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения.
2. Мне разъяснено, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой моему ребенку (мне) платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья моего ребенка (мое).
3. Я согласен 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, не несет ответственности за их возникновение.
4. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) обеспечить исполнение всех назначений, рекомендаций и советы врачей.
5. Настоящее уведомление мною прочитано, я в полном объеме проинформирован и осознаю последствия несоблюдения мною в интересах моего ребенка (моих) назначений (рекомендаций) врача.
6. Я подтверждаю, что согласен(на) на осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
ФИО Потребителя

### ДОГОВОР О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № \_\_\_\_\_

г. Уфа « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Государственное автономное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Детская стоматологическая поликлиника № 3 города Уфа, имеющее лицензию на медицинскую деятельность № Л041-01170/02/00377340 от 20 июля 2020 г., выданную Министерством здравоохранения Республики Башкортостан (450002, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Тукаева, 23. Тел. (347) 218-00-81), именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице главного врача Ганиевой Р.А., и \_\_\_\_\_,  
(ФИО Потребителя)

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

#### 1. Предмет договора

1.1. По настоящему договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), обязуется оказать ему медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья, а Потребитель обязуется оплатить данные услуги по следующим видам: стоматология детская, стоматология терапевтическая, стоматология хирургическая, ортодонтия, рентгенология и другие необходимые услуги (далее – услуги). Конкретные виды медицинских услуг (номенклатурные коды), дата и срок оказания, стоимость услуг указаны в Перечне на предоставление платных медицинских услуг (Приложение № 3).

1.3. 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 от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ). Расходы, связанные с оказанием Потребителю медицинской помощи в экстренной форме, возмещаются Исполнителю в порядке и размерах, которые установлены органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в рамках территориальных программ в соответствии с п. 10 ч. 2 ст. 81 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

1.4. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг, оказываемых в плановом порядке (не по экстренным показаниям), заключается дополнительное соглашение к настоящему договору.

1.5. От лица Исполнителя \_\_\_\_\_  
ФИО, должность, квалификация специалиста (при наличии), оказывающего платные услуги

берет на себя обязательство оказать платные услуги надлежащего качества, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации и Республики Башкортостан, Исполнитель обязан руководствоваться утвержденным компетентными государственными органами и обязательными для исполнения на территории Российской Федерации и Республики Башкортостан порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи.

## **2. Права и обязанности сторон**

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Предоставить Потребителю в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (размещена на сайте [ufa-dsp3.ru](http://ufa-dsp3.ru)).

2.1.2. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с п. 1.1 настоящего Договора, качество которых должно соответствовать условиям договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида. В случае, если федеральным законом или иными нормативными актами РФ предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг, качество предоставляемых платных медицинских услуг должно соответствовать этим требованиям.

2.1.3. Оказывать медицинские услуги в полном объеме в соответствии с настоящим договором с соблюдением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения РФ, на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности (реквизиты лицензии на осуществление медицинской деятельности).

2.1.4. 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.

Без согласия Потребителя Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.1.5. По требованию Потребителя предоставить ему в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:

- порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;
- информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- другие сведения, относящиеся к предмету настоящего договора.

2.1.6. Уведомить Потребителя о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

2.1.7. После исполнения Договора по требованию Потребителя выдать медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях в течение 5 (пяти) рабочих дней.

2.1.8. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления услуг по настоящему договору.

2.1.9. Немедленно извещать Потребителя 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.

2.1.10. Предоставлять платные медицинские услуги только при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством РФ об охране здоровья граждан (Приложение № 1).

2.1.11. При предоставлении платных медицинских услуг гражданам иностранных государств (нерезидентам) обеспечить передачу сведений об осуществлении медицинской деятельности в отношении нерезидентов в соответствии с указаниями Центрального банка РФ.

2.2. Исполнитель имеет право на получение полной и достоверной информации о состоянии здоровья Потребителя и обстоятельствах, прямым или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения. Исполнитель не несет ответственности за осложнения или неэффективность лечения, возникшие в результате неисполнения Потребителем назначений, рекомендаций и советов медицинских сотрудников Исполнителя.

2.3. Потребитель (законный представитель Потребителя) обязуется:

- 2.3.1. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.
- 2.3.2. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.
- 2.3.3. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения.
- 2.3.4. Оплатить стоимость предоставленных Исполнителем медицинских услуг, указанных в п. 3.1 настоящего договора в сроки и в порядке, которые определены настоящим Договором.
- 2.4. Потребитель имеет право:
  - 2.4.1. Получать информацию об Исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах.
  - 2.4.2. Отказаться от исполнения настоящего Договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.
- 2.5. Потребитель дает свободно, своей волей и в своем интересе согласие на обработку персональных данных, необходимых для исполнения настоящего Договора, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов.
- 2.6. Потребитель и Исполнитель обладают иными правами и несут иные обязанности, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

### **3. Стоимость медицинских услуг и порядок расчетов**

- 3.1. Стоимость услуг, оказываемых по настоящему договору, определяется в Перечне на предоставление платных медицинских услуг (Приложение № 3), в соответствии с действующим на момент оплаты Прейскурантом платных медицинских услуг, утвержденным Исполнителем.
- 3.2. Потребителю в соответствии с законодательством РФ выдается контрольно-кассовый чек или бланк строгой отчетности, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг.
- 3.3. Оплата медицинских услуг производится Потребителем (Пациентом) в полном объеме в день оказания услуг в соответствии с актом о выполненных работах путем внесения безналичных денежных средств с применением техники Исполнителя – торгового эквайринга либо информационно-платежного терминала.
- 3.4. При оказании услуги «Ортодонтия», с согласия обеих сторон, услуга может быть оплачена в рассрочку, после каждой процедуры, согласно акту о выполненных работах.
- 3.5. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного договора на предоставление дополнительных медицинских услуг, их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного договора.
- 3.6. 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, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Потребителя удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Потребителем по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.
- 3.7. В случае невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Потребителя, в том числе при нарушении им медицинских предписаний, оплата за фактически оказанные медицинские услуги осуществляется в полном объеме.
- 3.8. По требованию Потребителя может быть составлена смета на предоставление платных медицинских услуг, при этом она является неотъемлемой частью настоящего Договора (Приложение № 2).

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

- 4.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления потребителя (законного представителя потребителя) и согласия Потребителя приобрести медицинскую услугу на возмездной основе.
- 4.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензиями на медицинскую деятельность, порядками, стандартами, другими документами в соответствии с действующим законодательством России.
- 4.3. Потребитель предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.
- 4.4. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством России.
- 4.5. Потребитель незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.
- 4.7. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя).



## Информированное добровольное согласие пациента на получение платных медицинских услуг

Я, \_\_\_\_\_,  
(ФИО пациента полностью)

настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в ГАУЗ РБ Детская стоматологическая поликлиника № 3 г. Уфа.

Мне разъяснено и понятно мое право на получение бесплатной медицинской помощи, в том числе схожих медицинских услуг, в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками и условиями оказания и порядком оплаты медицинских услуг, предоставляемых ГАУЗ РБ Детская стоматологическая поликлиника № 3 г. Уфа.

Я изъявляю желание заключить договор на оказание платных медицинских и иных услуг с ГАУЗ РБ Детская стоматологическая поликлиника № 3 г. Уфа.

Информацию до пациента довел: \_\_\_\_\_  
подпись \_\_\_\_\_ инициалы, фамилия врача \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ число, месяц, год

Пациент: \_\_\_\_\_  
подпись \_\_\_\_\_ инициалы, фамилия Потребителя \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ число, месяц, год

### 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 регистрации)

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

"\_\_" \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу: \_\_\_\_\_  
(дата рождения пациента при подписании законным представителем) (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. N 390н <1> (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения *первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи* лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Государственном автономном учреждении здравоохранения Республики Башкортостан Детская стоматологическая поликлиника № 3 города Уфа медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ". Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (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 РФ" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в том числе после смерти:

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

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

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

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

"\_\_" \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)

## СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

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 регистрации)

В отношении \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)  
 " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ (дата рождения пациента при подписании законным представителем) \_\_\_\_\_ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

Я, являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка (или недееспособного гражданина): (приложение к согласию на обработку персональных данных) **(только на лиц, не достигших возраста 15 лет (или недееспособных граждан).**

В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ГАУЗ РБ Детская стоматологическая поликлиника № 3 г. Уфа (далее - Оператор) *моих/моего ребенка или недееспособного гражданина* персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья *моего/моего ребенка или недееспособного гражданина*, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором *мне/моему ребенку или недееспособному гражданину* медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать персональные данные *мои/моего ребенка или недееспособного гражданина*, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах обследования и лечения *моего/моего ребенка или недееспособного гражданина*

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными *моими/моего ребенка или недееспособного гражданина*, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать персональные данные *мои/моего ребенка или недееспособного гражданина* посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) персональными данными *моими/моего ребенка или /недееспособного гражданина* со страховой медицинской организацией [и территориальным фондом ОМС] с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения персональных данных *моих/моего ребенка или недееспособного гражданина* соответствует сроку хранения первичных медицинских документов Передача персональных данных *моих/моего ребенка или недееспособного гражданина* иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составлений соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной *мне/моему ребенку или недееспособному гражданину* до этого медицинской помощи.

Подпись субъекта *персональных данных/законного представителя* \_\_\_\_\_

Приложение № 2

к договору на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

### Смета на оказание платных медицинских услуг

№ п/п	Код медуслуги	Наименование медуслуги	Единица измерения	Стоимость услуги (руб.)	Кол-во услуг	Общая стоимость медицинской услуги
1	2	3	4	5	6	7
Стоимость платных медицинских услуг итого:						

Смета затребована/не затребована  
 (нужное подчеркнуть)

Врач: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ число, месяц, год

### Перечень на предоставление платных медицинских услуг

Диагноз: \_\_\_\_\_ номер зуба \_\_\_\_\_

№	Код услуги	Наименование и пункт оказанных услуг, согласно действующему прейскуранту	Цена по прейскуранту, руб	Количество	Скидка	Цена со скидкой	Итого сумма к оплате, руб
<b>Итого сумма к оплате, руб</b>							

Срок получения услуг \_\_\_\_\_

Гарантийный срок на Услугу составляет \_\_\_\_\_

**Исполнитель:**

ГАУЗ РБ  
Детская стоматологическая поликлиника № 3  
г. Уфа

От лица Исполнителя

\_\_\_\_\_  
М.П.

Экземпляр перечня получен  
**Потребитель**

\_\_\_\_\_  
ФИО Потребителя

\_\_\_\_\_  
Подпись