**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_\_\_\_**

**на оказание платных медицинских услуг**

**(проведение предварительного и периодического медицинского освидетельствования**

**врачом- психиатром и врачом-психиатром-наркологом с проведением ХТИ)**

г. Екатеринбург «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 2020 года

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Психиатрическая больница № 3»** (включено в единый государственный реестр юридических лиц за № 2116673165585 на основании свидетельства серии 66 № 007141472 от 10 октября 2011 года, регистрирующий орган: Инспекция ФНС по Орджоникидзевскому району Екатеринбурга), **лицензия от 07.02.2020** **№ ЛО-66-01-006351**, выданная Министерством здравоохранения Свердловской области (г. Екатеринбург, ул. Вайнера, 34б, тел. 3120003), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Главного врача Токаря Антона Александровича, действующего на основании Устава, с одной стороны и **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, именуемое в дальнейшем «Заказчик», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,с другой стороны, заключили договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1. Заказчик поручает, а Исполнитель принимает на себя обязанность оказания следующих платных медицинских услуг:

1.1. Проведение предварительного и периодического медицинского освидетельствования врачом-психиатром и врачом-психиатром-наркологом лиц, направленных Заказчиком;

1.2. Проведение предварительного химико-токсикологического исследования иммунохимическим методом с применением анализатора лиц, направленных Заказчиком.

1.3. В случае, если по результатам предварительных химико-токсикологических исследований биологического объекта (мочи) будут обнаружены наркотические средства, психотропные вещества и их метаболиты, биологический объект будет направлен на подтверждающие химико-токсикологические исследования методами газовой и(или) жидкостной хроматографии с масс-спектрометрическим детектированием в ГАУЗ СО «Областной наркологический диспансер» в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 30.06.2016 № 441н (по договору между ГБУЗ СО «Психиатрическая больница № 3» и ГАУЗ СО «Областной наркологический диспансер»).

**2. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

2.1. Заказчик обязуется:

2.1.1. Предоставлять Исполнителю направление на осмотр, заверенное печатью Заказчика (Приложение № 1).

2.1.2. Оплатить стоимость предоставленных услуг в сроки и в порядке, установленном настоящим договором.

2.1.3. Пациенты, получающие медицинские услуги по настоящему договору, обязаны выполнять требования, обеспечивающие качественное оказание медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого достоверных сведений.

2.2. Исполнитель обязуется:

2.2.1. Оказать платные медицинские услуги в соответствии с имеющейся лицензией

2.2.2. Обеспечить соответствие оказываемых медицинских услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

2.2.3. Обеспечить пациентов необходимой и достоверной информацией об оказываемых медицинских услуга.

2.2.4. По результатам оказания платных медицинских услуг предоставить лицам, направляемым Заказчиком, соответствующую медицинскую документацию (при освидетельствовании - заключение врачебной комиссии, при ХТИ заключение по форме № 003-О/у).

**3.УСЛОВИЯ И СРОКИ ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ УСЛУГ**

3.1. Платные медицинские услуги оказываются с момента заключения договора по **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**г.

3.2. Платные медицинские услуги оказываются при наличии информированного добровольного согласия лиц, направленных Заказчиком, на медицинское вмешательство и обработку персональных данных (Приложение № 3).

3.3. Прием врача-психиатра, врача-психиатра-нарколога осуществляется с 9:00 до 12:00 и по предварительной записи с 12:40 до 15:50.

3.4. При необходимости получения дополнительной информации о состоянии здоровья до оказания платных медицинских услуг, лицо, направленное Заказчиком, может быть направлено в иные медицинские учреждения, согласно регистрации по месту жительства.

3.5. В случае задержки оплаты Заказчиком, выставленных счетов за платные медицинские услуги, более чем на 14 календарных дней (без учета нерабочих праздничных дней), Исполнитель вправе приостановить оказание платных медицинских услуг лицам, направленных Заказчиком, до полного погашения Заказчиком задолженности.

3.6. В рамках настоящего договора сотрудники Заказчика проходят обязательный медицинский осмотр врачом-психиатром и/или врачом-психиатром-наркологом.

**4. СТОИМОСТЬ РАБОТ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

4.1. Стоимость платных медицинских услуг по настоящему договору из расчета на 1 (одного) человека составляет: стоимость психиатрического освидетельствования - 280 (Двести восемьдесят) рублей; стоимость наркологического освидетельствования - 280 (Двести восемьдесят) рублей; предварительное химико-токсикологическое исследование иммунохимическим методом с применением анализатора - 765 (семьсот шестьдесят пять) рублей».

 Стоимость подтверждающего химико-токсикологического исследования методами газовой и(или) жидкостной хроматографии с масс-спектрометрическим детектированием, выполняемого в ГАУЗ СО «Областной наркологический диспансер» по материалу, представленному Исполнителем, определяется Прейскурантом данного учреждения.

4.2. НДС не предусмотрен в соответствии с подпунктом 2 п. 2 ст.149 гл.21 Налогового Кодекса Российской Федерации.

4.3. **Общая сумма за услуги по настоящему договору составляет \_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей 00 копеек из расчета на \_\_ человек.** Общая стоимость услуг по настоящему договору определяется исходя из стоимости фактически оказанных услуг, указанных в счетах и актах сдачи-приемки оказанных услуг.

**Вариант 1:** 4.4. Оплата производится Заказчиком в два этапа:

1) Заказчик перечисляет Исполнителю предоплату в размере 30 % (тридцати процентов) от общей суммы Договора в течение 5 (пяти) календарных дней (без учета нерабочих праздничных дней) со дня подписания обеими Сторонами Договора;

2) оставшиеся 70 % (семьдесят процентов) от общей суммы Договора Заказчик на основании выставленного счета и акта сдачи-приемки выполненных работ (оказанных услуг) не позднее 5 (пяти) рабочих дней с момента получения счета перечисляет на лицевой счет Исполнителя.

**ИЛИ**

**Вариант 2:** 4.4. Оплата медицинских услуг осуществляется Заказчиком ежемесячно по факту выполненных услуг на основании выставленного счета и акта сдачи-приемки выполненных работ (оказанных услуг) не позднее 14 календарных дней (без учета нерабочих праздничных дней), с момента получения счета путем перечисления безналичных денежных средств на лицевой счет Исполнителя.

4.5. При изменении цен на платные медицинские услуги Исполнитель письменно уведомляет Заказчика об этом не позднее, чем за 14 календарных дней (без учета нерабочих праздничных дней) до даты изменения с предоставлением Заказчику новых расценок. При несогласии Заказчика с оказанием услуг по новой цене, Заказчик вправе расторгнуть договор в одностороннем порядке, предупредив об этом Исполнителя. В случае согласия с изменением цены на медицинские услуги, стороны заключают дополнительное соглашение к настоящему договору.

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

5.1. В случае ненадлежащего исполнения настоящего договора одной из сторон, виновная сторона несет ответственность согласно действующему законодательству Российской Федерации.

5.2. В случае просрочки оплаты услуг по настоящему договору Заказчик уплачивает Исполнителю пеню в размере 0,1 % от общей суммы оказанных услуг по настоящему договору за каждый день просрочки по обязательствам.

**6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**

6.1. Все изменения или дополнения договора оформляются в письменном виде дополнительным соглашением сторон.

6.2. Каждая из сторон вправе в одностороннем порядке расторгнуть настоящий договор, предупредив об этом другую сторону в письменной форме за 30 (тридцати) календарных дней (без учета нерабочих праздничных дней) до предполагаемой даты расторжения.

6.3. Договор может быть расторгнут по согласованию сторон в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

**7. ФОРС-МАЖОРНЫЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА**

7.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения Договора в результате событий чрезвычайного характера, которые Сторона не могла ни предвидеть, ни предотвратить. К событиям чрезвычайного характера относятся такие стихийные бедствия, как наводнение, пожар, землетрясение, война или военные действия, принятие органом государственной власти или управление правового акта, а также иные обстоятельства, повлекшие невозможность исполнения настоящего Договора.

7.2. При наступлении указанных обстоятельств, Сторона, для которой создалась невозможность исполнения своих обязательств, должна в течении 48 (сорока восьми) часов известить об этом другую Сторону любым доступным способом. Подтверждением факта наступления форс-мажорных обстоятельств является документ соответствующего компетентного органа о наличии данных обстоятельств.

7.3. при отсутствии своевременного извещения, виновная Сторона не вправе ссылаться на указанные обстоятельства и обязана возместить другой Стороне убытки, причиненные ненадлежащим исполнением обязательств по Договору.

7.4. Наступление обстоятельств, вызванных действием непреодолимой силы, влечет увеличение срока исполнения Договора на период действия указанных обстоятельств.

7.5. При утрате одной из сторон прав юридического лица вследствие реорганизации права и обязанности по настоящему Договору переходят к соответствующему правопреемнику.

**8. АНТИКОРРУПЦИОННАЯ ОГОВОРКА**

8.1. При исполнении своих обязательств по Контракту Стороны, их аффилированные лица, работники или посредники не передают, не выплачивают, не предлагают выплатить и не санкционируют выплату каких-либо денежных средств или ценностей, не оказывают услуг, прямо или косвенно, любым лицам для оказания влияния на действия или решения этих лиц с целью получения каких-либо неправомерных преимуществ или достижения иных неправомерных целей. При исполнении своих обязательств по Контракту Стороны и вышеперечисленные лица не осуществляют действия, квалифицируемые применимым для целей Контракта законодательством как дача или получение взятки, коммерческий подкуп, а также действия, нарушающие требования действующего антикоррупционного законодательства. Стороны не допускают исполнение контракта с использованием имущества/товаров/работ/услуг, имеющего преступное происхождение. В случае возникновения у Стороны подозрений, что произошло или может произойти нарушение настоящего пункта Контракта, такая Сторона обязана уведомить другую Сторону в письменной форме. В письменном уведомлении указываются лица, причастные к нарушению условий контракта, фактические обстоятельства дела и предоставляются материалы/доказательства, достоверно подтверждающие или дающие основания предполагать, что произошло или может произойти нарушение настоящего пункта Контракта.

**9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

9.1. Договор вступает в силу с момента подписания сторонами и действует по **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, но в любом случае до полного исполнения обязательств по оплате.

9.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу и находящихся у каждой из сторон.

9.3. Все вопросы, не урегулированные настоящим договором, решаются в соответствии с действующим законодательством РФ.

9.4.Любые изменения и дополнения к настоящему договору действительны лишь при условии, что они совершены в письменной форме и подписаны обеими сторонами.

9.5. При возникновении необходимости в расширении объемов медицинских услуг, в том числе дополнительных обследованиях, дополнительных консультациях специалистов, объем, стоимость и порядок оказания этих услуг определяется дополнительным соглашением сторон.

9.6. При изменении реквизитов, стороны обязаны незамедлительно уведомить об этом друг друга в письменном виде, подписанным руководителем (лицом, уполномоченном заключать договоры), при этом заключение дополнительного соглашения не требуется. До получения письменного уведомления об изменении реквизитов все действия, совершенные сторонами по старым реквизитам другой стороны, считаются совершенными законно и засчитываются сторонами в выполнение ими своих обязательств.

**11. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА, БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:**  | **Заказчик:** |
| **ГБУЗ СО «Психиатрическая больница № 3».** |  |
| Почтовый адрес: 620012 г. Екатеринбург, ул. Калинина, 13, тел/факс 307-39-49ИНН/КПП 6663024102/668601001Наименование получателя: Министерство финансов Свердловской области (ГБУЗ СО ПБ № 3) Банк получателя: Уральское ГУ Банка Россиир/сч 40601810165773000001БИК 046577001, ОГРН 1026605616993В назначении платежа указывать: л/сч 23013902760 доходы от оказания платных медицинских услуг Разр.039 п.1 от 30.03.2009Указать в налоговом поле 104КБК 01300000000000000130  |  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_А.А.Токарь** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/** |

**Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность ГБУЗ СО ПБ №3**

**в соответствии с лицензией от 07.02.2020 № ЛО-66-01-006351, выданной Министерством здравоохранения Свердловской области**

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): 1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лабораторной диагностике, медицинской статистике, медицинскому массажу, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, физиотерапии, функциональной диагностике; 4) при оказании первичной специализированной медицинско-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); клинической лабораторной диагностике; организации здравоохранения и общественному здоровью; психиатрии; психиатрии-наркологии; психотерапии; рентгенологии; стоматологии терапевтической; функциональной диагностике; 5) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: клинической лабораторной диагностике; организации здравоохранения и общественному здоровью; психиатрии; психиатрии-наркологии; психотерапии, рентгенологии, функциональной диагностике. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): 2) при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: диетологии; клинической лабораторной диагностике; лабораторной диагностике; медицинской статистике; медицинскому массажу; неврологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; организации сестринского дела; офтальмологии; психиатрии; психиатрии-наркологии; психотерапии; рентгенологии; сестринскому делу; терапии; физиотерапии; функциональной диагностике.

При проведении медицинский осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): 1) при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); 2) при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического); психиатрическому освидетельствованию; 3) при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе временной нетрудоспособности.

 Приложение 1

к Договору № \_\_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Реквизиты организации

(учреждения, предприятия),

направляющей на психиатрическое

освидетельствование

Код ОГРН \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

НАПРАВЛЕНИЕ

НА МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР РАБОТНИКА

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения,

 (фамилия, имя, отчество)

зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в соответствии со ст. 213 Трудового кодекса Российской Федерации направляется на осмотр врача-психиатра, врача психиатра-нарколога с целью определения соответствия состояния здоровья поручаемой ему (ей) работе в должности: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (перечень выполняемых работ и вредных и (или) опасных производственных факторов)

Место работы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Цель направления: предварительный, периодический, внеочередной, углубленный медосмотр (нужное подчеркнуть)

Вредные факторы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ответственное лицо,

составившее направление\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (должность) (подпись) (фамилия, инициалы)

Дата направления "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

М.П.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Приложение 2 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | к Договору № \_\_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *График прохождения обязательного медицинского осмотра на \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020* |
|
|
| Наименование организации | Общее кол-во чел. По договору | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
| сб | вс | пн | вт | ср | чт | пт | сб | вс | пн | вт | ср | чт | пт | сб | вс | пн | вт | ср | чт | пт | сб | вс | пн | вт | ср | чт | пт | сб | вс | пн |
| врач-психиатр с 09:00 до 12:00 |
| ООО «\_\_\_\_\_\_\_» |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Заказчик |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  (должность) (подпись) (фамилия, инициалы) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Исполнитель |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  (должность) (подпись) (фамилия, инициалы) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| М.П. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Приложение 3

к Договору № \_\_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Информированное добровольное согласие

 на виды медицинских вмешательств, включённые в Перечень

определённых видов, медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи в ГБУЗ СО “Психиатрическая больница № 3”

Я, нижеподписавшийся(аяся),

1 ” 19 года рождения, зарегистрированный по адресу:

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включённые в Перечень определённых видов, медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утверждённый приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 г № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции российской федерации 05.05.2012 г № 24082) (далее, Перечень), для получения медико-санитарной помощи / получения медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (полное наименование организации)

настоящим подтверждаю, что в соответствии со статьей 22 “ Информация о состоянии здоровья” Федерального закона от 21 ноября 2011 года№ 323-Ф “Об основах охраны здоровья граждан в Российской

Федерации”, в соответствии с моей волей, медицинским работником

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Получив полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы, подтверждаю, что мне понятны используемые термины, суть предстоящей процедуры, добровольно в соответствии со статьей 20 “Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства” Федерального Закона от 21 ноября 2011 года № 323-Ф “Об основах здоровья граждан в Российской Федерации” даю своё добровольное согласие на медицинское вмешательство:

- Диагностическое: осмотр и беседа с врачом психиатром и/или психиатром- наркологом;

1. психиатрическое и/или наркологическое освидетельствование;

2. клинико-лабораторные исследования биологических жидкостей;

3. электроэнцефалографию (ЭЭГ)

4. психологическое обследование

5. рентгенографию легких;

6. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Лечебное: осмотр и беседа с врачом-психиатром pi/или психиатром- наркологом, и/или хирургом, и/или терапевтом, и/или эпидемиологом, и/или отоларингологом, и/или акушером- гинекологом, и/или неврологом, и/или офтальмологом, и/или дерматовенерологом, и/или инфекционистом, и/или врачом функциональной диагностики, и/или рентгенологом, и/или анестезиологом-реаниматологом;

1. назначение и лечение лекарствами (в т.ч.психофармакотерапию);

2. внутривенное, внутримышечное и подкожное введение лекарств;

3. психотерапию или психкоррекцию;

4. беседы с психологом и/или с социальным работником (реабилитация);

Мне разъяснены особенности проведения указанного медицинского вмешательства, вероятные осложнения и их последствия: аллергические реакции, вплоть до анафилактического шока, побочное действие применяемых средств, манипуляционные осложнения в виде:

Я сообщил(а) врачу, что обращался(ась) к психиатру, наркологу, неврологу,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (если обращался (ась), то куда? когда? указать причину)

и поставил (а) в известность врача обо всех проблемах с моим здоровьем, в том числе:

аллергическими проявлениями\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (какие? к чему?)

индивидуальной непереносимостью лекарственных средств\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (перечислить непереносимые лекарственные средства)

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одной или нескольких видов медицинских вмешательств, включённых в Перечень или потребовать его(их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-Ф “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мной лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года№ 323-Ф “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)

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия мною прочитан, я гюлучил(а) необходимые пояснения, мне понятны назначение и суть подписываемого документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

“ ” 20 г./ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 (подпись гражданина или законного представителя) (расшифровка подписи)

Врач:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. врача)

Суть медицинского вмешательства и его содержание гражданину разъяснены \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись врача)

Согласие

на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

проживающий по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспорт выдан в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. “О персональных данных” № 152-ФЗ, даю свое согласие на обработку в ГБУЗ СО “Психиатрическая больница № 3” (далее-Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в - медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право оператору передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну в соответствии с законодательством.

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

Срок хранения мои персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (форма № 003 и форма № 025).

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия и в случаях предусмотренных законодательством.

Настоящее согласие дано мной и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие в соответствии с законом.

Контактный телефон(ы) и почтовый адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

“\_\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 Подпись Ф.И.О.

**Памятка**

**работнику при прохождении**

**осмотра врачом психиатром и/или врачом психиатром-наркоголом**

Работник направляется в ГБУЗ СО "Психиатрическая больница №3" по адресу: г. Екатеринбург, ул. Калинина, д.13.

Медицинский осмотр проводится по будням в 5 кабинете **с 9.00 до 12.00** часов, и по предварительной записи **с 12:40 до 15:50 ч**.

**Телефон регистратуры:** 8 (343)307-37-84; **кабинет психиатрического освидетельствования:** 8 (343)307-39-49, 8-961-777-65-49, адрес эл. почты: **pb3.plus@gmail.com.**

При себе обязательно иметь:

1. Паспорт;

2. Направление на медицинский осмотр с места работы, заполненное и заверенное печатью (при наличии) работодателя (в направлении обязательны паспортные данные работника, указание вредных и опасных факторов).

**Карта расположения необходимых кабинетов:**

