

П р и л о ж е н и е
к приказу начальника филиала № 3
от «31» июля № 191

ПОЛОЖЕНИЕ
о порядке предоставления медицинской помощи, оказанию
медицинских услуг на возмездной основе в филиале № 3
федерального государственного бюджетного учреждения «Главный
военный клинический госпиталь имени академика Н.Н. Бурденко»
Министерства обороны Российской Федерации

г. Балашиха – 2019

Настоящее Положение определяет правила и условия предоставления медицинских услуг в филиале № 3 ФГБУ «ГВКГ им. Н.Н. Бурденко» (далее - филиал госпиталя) и структурных подразделениях, на возмездной основе (далее по тексту – Положение), разработано в соответствии с документами, регламентирующими деятельность медицинских учреждений по оказанию медицинской помощи и медицинских услуг на возмездной основе а также законодательством действующим на территории Российской Федерации (далее по тексту – РФ):

1. Конституция РФ.
2. Гражданский кодекс РФ.
3. Налоговый кодекс РФ.
4. Бюджетный кодекс РФ.
5. Трудовой кодекс РФ.
6. Федеральным Законодательством в сфере защиты прав потребителей.
7. Федеральным законодательством в сфере обязательного и добровольного медицинского страхования.
8. Федеральным законодательством в сфере оказания медицинской помощи, медицинскими стандартами и порядками оказания медицинской помощи.
9. Нормативными актами Министерства Обороны Российской Федерации, регламентирующими данный вид деятельности.
10. Устав ФГБУ «ГВКГ им. Н.Н. Бурденко» (далее по тексту – Госпиталь).

Положение составляется с учетом территориальных особенностей, подписывается заместителем начальника по медицинской части филиала госпиталя, начальником финансово-экономического отдела - главным бухгалтером филиала госпиталя и утверждается начальником филиала госпиталя.

1. Общие положения

1.1. Доход, полученный от оказания медицинской помощи и медицинских услуг на возмездной основе, распределяется в соответствие с федеральным законом «О федеральном бюджете» на соответствующий год.

Медицинская помощь в филиале госпиталя оказывается в соответствии с Уставом, положением о филиале госпиталя и действующей лицензией, выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, дающей право на разрешенные виды медицинской деятельности, а также на основании выданных доверенностей начальнику филиала госпиталя (лиц, замещающих на периоды исполнения обязанностей начальника филиала госпиталя).

1.2. Основные понятия:

Медицинская помощь - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг;

Медицинская услуга - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и

лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;

Медицинские услуги на возмездной основе – медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования (далее - договор).

Пациент – физическое лицо, потребитель медицинской помощи, обращающийся в филиал Госпиталя и имеющий намерение получить медицинские услуги на возмездной основе в соответствии с заключаемым договором.

Заказчик - физическое и/или юридическое лицо, имеющее намерение заказать (приобрести), либо заказывающее (приобретающее) медицинские услуги на возмездной основе в соответствии с договором в пользу потребителя (пациента);

Исполнитель - медицинская организация, предоставляющая потребителям (пациентам) медицинские услуги на возмездной основе.

Филиалы – структурные, территориально обособленные стационарные (госпитальные) и лечебно диагностические подразделения Госпиталя.

1.3. Источниками финансовых средств при оказании медицинских услуг на возмездной основе являются:

- личные средства физических лиц (граждан);
- средства юридических лиц (предприятий, учреждений, организаций);
- средства страховых компаний по добровольному медицинскому страхованию (далее - ДМС);
- иные источники, не запрещенные законодательством Российской Федерации.

1.4. В соответствии с действующим законодательством, филиал госпиталя организует статистический учет и контроль соблюдения договорных обязательств по оказанию медицинских услуг на возмездной основе, составление медицинского отчета по амбулаторным и стационарным больным отдельно. Используется нозологический принцип с оценкой длительности лечения и исходов.

1.5. Предоставление медицинских услуг на возмездной (платной) основе осуществляется за счет более эффективного использования оборудования, материальной базы и трудовых ресурсов. Оказание медицинских услуг на возмездной (платной) основе врачами-специалистами поликлиники № 5 филиала госпиталя, сотрудниками коечных и диагностических подразделений филиала госпиталя, имеющих сертификаты на разрешенные виды деятельности, заключившими трудовые соглашения на оказание услуг на возмездной (платной) основе в свободное от основной работы время, на условиях, определенных внутренними локальными актами. В порядке исключения допускается оказание медицинских услуг на возмездной основе в рабочее время при условии первоочередного оказания медицинской помощи по программе государственных гарантий и выполнении врачами - специалистами объема рабочей нагрузки:

- в случаях, когда технология проведения медицинских услуг на возмездной основе ограничена рамками основного рабочего времени;

- в случаях, когда условия работы медицинского персонала позволяют им за счет интенсивности труда оказывать медицинские услуги на возмездной основе без ущерба качества и объема медицинской помощи лицам, имеющим право на бесплатное лечение по Программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее Программа).

1.6. **Регистрация обращений и координация оказания медицинских услуг на возмездной основе осуществляется через отделение медицинского страхования. Ответственный за качественное оформление первичной медицинской документации является заведующий отделением медицинского страхования.**

1.7. На базе лечебно-диагностических отделений поликлиники № 5 филиала госпиталя оказывается на возмездной (платной) основе первичная врачебная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях и первичная специализированная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях в соответствии с графиком работы врачей-специалистов и в условиях дневного стационара.

1.8. В условиях филиала № 3 оказывается:

- первичная врачебная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях по терапии;

- первичная специализированная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях по рентгенологии, ультразвуковой диагностике, стоматологии ортопедической;

- специализированная медицинская помощь.

1.9. Условием для оказания медицинских услуг на возмездной основе является договор (приложение № 2;3;14;15), который регламентирует сроки и объемы медицинских услуг, порядок расчетов, права, обязанности и ответственность сторон.

1.10. Медицинские услуги на возмездной основе оказываются в соответствии с установленным распорядком дня, утвержденным начальником филиала госпиталя, без ущерба доступности и качества медицинской помощи военнослужащим, гражданам, уволенным с военной службы, членам их семей и другому контингенту граждан, имеющему право на получение бесплатной медицинской помощи в военных лечебных учреждениях Министерства обороны РФ в соответствии с действующим законодательством.

1.11. Количество госпитальных коек для лиц, поступающих на обследование и лечение по программам добровольного медицинского страхования и медицинских услуг на возмездной основе для филиала госпиталя, устанавливается начальником Госпиталя.

1.12. **Ответственность за достоверность и своевременность оказания медицинской помощи, качество предоставленных медицинских услуги на возмездной основе, за контроль выполнения объемов оплаченных услуг**

несут медицинские работники, оказывающие эти услуги, и начальники лечебно-диагностических подразделений.

1.13. Контроль над организацией работы филиала госпиталя в системе добровольного медицинского страхования и оказания медицинских услуг на возмездной основе осуществляет Главное военно-медицинское управление Минобороны России, а также другие органы, которым в соответствии с законами и правовыми актами РФ предоставлено право проверки деятельности медицинских учреждений.

2. Условия предоставления и порядок оказания медицинских услуг на возмездной основе

2.1. Медицинские услуги на возмездной основе предоставляются по адресу филиала госпиталя: 143920, Московская область, г. Балашиха, мкр. Купавна, ул. Адмирала Горшкова, д. 4 и по фактическим адресам территориально обособленных подразделений.

2.2. Филиал госпиталя обязан предоставить информацию, доступную для посетителей, содержащую следующие сведения:

- наименование, адрес места нахождения филиала госпиталя и его подразделений, данные документа, подтверждающие факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;

- сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности (номер и дата регистрации, адрес места нахождения и телефон лицензирующего органа);

- перечень медицинских услуг, оказываемых на возмездной основе, с указанием цен в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядок их оплаты;

- сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении медицинских услуг на возмездной основе, об уровне их профессионального образования и квалификации;

- режим работы медицинской организации, график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении медицинских услуг на возмездной основе;

- сведения о контролирурующих организациях, их адресах и телефонах.

2.3. Информация о перечне оказываемых медицинских услуг на возмездной основе и их стоимости, а также вышеуказанная информация должна быть размещена на стендах (стойках) в отделении медицинского страхования.

2.4. Оказание медицинских услуг на возмездной основе осуществляются согласно требованиям стандартов, порядков оказания медицинской помощи и нормативно-методических документов Министерства здравоохранения России, Минобороны России, предъявляемых к различным методам диагностики, профилактики и лечения различных нозологических форм заболеваний.

2.5. Медицинские услуги на возмездной основе физическим лицам оказываются на основании заключенного договора, с учетом их добровольного желания в рамках программ медицинского обслуживания.

2.6. Основанием для оказания медицинских услуг на возмездной основе являются:

- желание пациента получить медицинские услуги у специалистов в филиале госпиталя на возмездной основе (за плату);

- пациентам, находящимся на стационарном лечении, возможно оказание медицинских услуг на возмездной основе по манипуляциям, не входящим в стандарты ОМС при лечении конкретного заболевания;

- оказание медицинских услуг на возмездной основе гражданам иностранных государств (по отдельному разрешению начальника ФГБУ «ГВКГ им. Н.Н. Бурденко» и ГВМУ МО РФ) в соответствии с требованиями нормативно-правовых актов Минобороны России;

- уникальность медицинской манипуляции, операции или технологии, не выполняемых в других лечебных учреждениях.

2.7. Медицинские услуги на возмездной основе предоставляются пациентам на основании и в полном соответствии с правилами внутреннего распорядка и режимом работы филиала госпиталя и оказываются (в том числе по предварительной записи) при самостоятельном обращении пациентов в отделение медицинского страхования. Информация о часах приема соответствующих специалистов и порядке записи к ним предоставляется медицинским персоналом в отделении медицинского страхования филиала госпиталя.

В случае если при предоставлении медицинских услуг на возмездной основе потребуется предоставление дополнительных услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни пациента при внезапных острых состояниях, такая медицинская помощь оказывается без взимания платы.

2.8. Выписка льготных рецептов при оказании медицинских услуг на возмездной основе, не предусмотрена.

2.9. Медицинские услуги на возмездной основе оказываются филиалом госпиталя на основании договора с пациентом, который должен быть заключен в письменной форме (Приложение № 2; 3,14,15).

2.10. Договоры на оказание медицинских услуг на возмездной основе заключаются с заказчиком (пациентом) по следующим формам:

- а) договор на оказание медицинских услуг на возмездной основе в условиях стационара (Приложения № 2);

- б) договор на оказание медицинских услуг на возмездной основе амбулаторно-поликлинических условиях (Приложения № 3);

- в) договор на оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи по терапии на возмездной (платной) основе (Приложение № 14)

- г) договор на первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях на возмездной (платной) основе (Приложение № 15)

Договоры регламентируют условия и сроки получения медицинских услуг на возмездной основе, порядок расчетов, права, обязанности и ответственность сторон. Договор со стороны филиала госпиталя подписывает начальник филиала госпиталя.

В случае недееспособности пациента, оформление договора на оказание медицинских услуг на возмездной основе возлагается на его представителей (опекуна или попечителя), также возможно подписание договора с юридическим лицом.

В случае заключения договора третьей стороной (физические и юридические лица) по оказанию медицинских услуг на возмездной основе Пациенту (потребителю) договор составляется в 3-х экземплярах с обязательной подписью пациента, один из которых находится у исполнителя, второй - у заказчика, третий - у потребителя (пациента).

По взаимной договорённости сторон допускается внесение изменений в данные типовые договора, не противоречащие законодательству, а также данного Положения, и не изменяющие сущности договоренности.

2.10.1. Договор на оказание медицинских услуг на возмездной основе (амбулаторно-поликлинических условиях) (Приложение № 3) для физических лиц заключается с заказчиком при обращении его в поликлинику за комплексным медицинским обследованием, не требующим госпитализации пациента в стационар.

После проверки документа, удостоверяющего личность пациента (паспорт), сотрудником филиала госпиталя оформляется медицинская карта амбулаторного пациента (Приложение № 4) в письменной или электронной форме, направление на обследование или консультацию (Приложение № 5), информированное согласие (Приложение № 1), договор на оказание медицинских услуг на возмездной основе (амбулаторно-поликлинических условиях) лечения (Приложение № 3), смета на оказанные медицинские услуги за плату (Приложение №8) и счет на оплату выбранных пациентом медицинских исследований, составленный в двух экземплярах.

Направление на исследование или консультацию с отметкой об оплате является основанием для оказания медицинской помощи. В направлении врач, выполнивший медицинское обследование и оформивший заключение, делает отметку об оказании медицинской помощи (в соответствующей графе указывает свой личный код и окончательный шифр медицинской манипуляции, указанный в прейскуранте цен). При расширении объема, сложности и стоимости выполненного исследования (по согласованию с пациентом), врач может изменять шифр медицинской манипуляции. Начальник (заведующий) отделением несет персональную ответственность за правильность оформления направления и точное указание шифра выполненных медицинских исследований. На основании указанных в направлении шифров производится окончательный расчет с оформлением акта приема оказанной медицинской помощи (Приложение № 6) и делается отметка на пропуске для выхода пациента из филиала госпиталя или его территориального подразделения.

Оказание медицинских услуг на возмездной основе без направления, оформленного установленным образом, не допускается.

В случае мотивированного отказа пациентом от выполнения оплаченной медицинской помощи, оформляется письменное заявление с указанием причины (Приложение № 7). Если отказ от получения медицинской услуги произошел по вине медицинского персонала филиала госпиталя, данные медицинские услуги на возмездной основе, по согласованию с пациентом, могут быть оказаны безвозмездно или за счет виновного лица.

Копии инструментальных исследований с указанием номера амбулаторной карточки хранятся в медицинских подразделениях, оказавших медицинские услуги на возмездной основе, в установленном порядке, а карточка амбулаторного больного хранится в электронном виде в течение трех лет.

В отдельных случаях, по решению начальника филиала госпиталя или его заместителя по медицинской части, допускается лечение пациентов за плату в непрофильном отделении.

2.10.2. Договор по оказанию медицинских услуг на возмездной основе (в условиях стационара) (Приложение №2) для конкретного лечения определенного пациента заключается с физическим или юридическим лицом в трех экземплярах, один из которых, после подписания полномочными лицами, заказчику (пациенту), второй хранится в отделе медицинского страхования три года, третий в истории болезни пациента.

На соответствующий объем медицинских услуг на возмездной основе составляется смета, которая является неотъемлемой частью договора (Приложение № 8).

При обращении пациента в отделении медицинского страхования оформляется медицинская карточка и направление на консультацию врача-специалиста для определения показаний к госпитализации.

В случае нуждаемости пациента в оказании медицинской помощи в условиях стационара, врач-консультант оценивает возможность и целесообразность стационарного лечения с последующим оформлением медицинского заключения (Приложение № 9), в котором формулируется диагноз, определяется предполагаемый срок лечения с перечнем инструментальных исследований, вид предполагаемого оперативного или малоинвазивного вмешательства, вид анестезии и сроки нахождения в реанимации, а также заносятся необходимые данные о листке нетрудоспособности.

В отделении медицинского страхования оформляются направление на стационарное лечение (Приложение № 10), карточка учета медицинских манипуляций (Приложение № 11), которые вместе с заключением о необходимости стационарного лечения и данными осмотра врача подшиваются в историю болезни. Заключается договор, подписывается информированное согласие и оформляется счет для предварительной оплаты лечения. Направление на госпитализацию подписывается ответственным

должностным лицом, который согласовывает дату возможной госпитализации с начальником (заведующим) профильного отделения, после чего решение на госпитализацию принимает начальник филиала госпиталя (заместитель начальника филиала госпиталя по медицинской части).

История болезни в приемном отделении оформляется на основании следующих документов:

- договор на оказание медицинской помощи на возмездной основе;
- информированное согласие;
- документ, удостоверяющий личность пациента (паспорт);
- направление на госпитализацию;
- карточка учета медицинских манипуляций.

В процессе стационарного лечения по истории болезни производятся промежуточные расчеты (не реже 1 раза в неделю) с целью определения произведенных затрат на лечение и информирования пациента о дальнейшем предполагаемом увеличении стоимости.

За сутки до выписки история болезни представляется в отделение медицинского страхования для подсчета стоимости оказанных медицинских услуг на возмездной основе и оформления соответствующего акта (Приложение № 12), который подписывается начальником (заведующим) отделения. Лечащий врач несет персональную ответственность за точное указание количества и видов выполненных медицинских услуг, лечебных назначений. На основании указанных в акте шифров оказанной медицинской помощи и их количества, производится окончательный расчет с пациентом.

Договор по оказанию медицинских услуг на возмездной основе (в условиях стационара) (Приложение №2), счет и акт приема оказанных медицинских услуг подписывается заказчиком и начальником филиала госпиталя (в отсутствии последнего - заместителем начальника филиала госпиталя по медицинской части), а затем заверяется гербовой печатью.

Пациент или его законный представитель вправе отказаться от получения медицинских услуг за плату в условиях стационара на любом этапе их оказания с оформлением добровольного отказа (Приложение №13).

Договор на оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по терапии физическому лицу (Приложение № 14) заключается с физическим или юридическим лицом в двух экземплярах в отделении медицинского страхования, один, из которых после подписания Заказчиком (Пациентом) или его Доверенным лицом, вручается Заказчику (Пациенту) или его Доверенному лицу, второй экземпляр хранится в отделении медицинского страхования три года. После проверки документа, удостоверяющего личность Заказчика (Пациента) оформляется карта амбулаторного пациента (Приложение № 4) в письменной или электронной форме, направление на осмотр (Приложение № 16), информированное согласие (Приложение № 1), договор на оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по терапии, смета на оказание медицинских услуг за плату (Приложение № 2) и счет на оплату данного вида услуг, составленный в двух экземплярах.

Направление на осмотр с отметкой об оплате является основанием для оказания медицинской услуги. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Заказчиком (Пациентом) наличными средствами либо перечислением денежных средств на счет филиала госпиталя до начала оказания медицинской услуги врачом-терапевтом Филиалом госпиталя. После проведения осмотра врач, заполняет карту амбулаторного пациента с результатами осмотра, оформляет заключение, делает отметку об оказанной медицинской услуге (в соответствующей графе указывает свой личный код и окончательный шифр, указанный в прейскуранте цен).

Оказание медицинских услуг на возмездной основе без направления, оформленного установленным образом, не допускается.

В случае мотивированного отказа пациентом от выполнения оплаченной медицинской помощи, оформляется письменное заявление с указанием причины (Приложение № 7). Если отказ от осмотра произошел по вине медицинского персонала филиала госпиталя, данная медицинская услуга на возмездной основе, по согласованию с пациентом, может быть оказана безвозмездно или за счет виновного лица.

Договор на оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по рентгенологии, ультразвуковой диагностике, стоматологии ортопедической (Приложение № 15) заключается с физическим или юридическим лицом в двух экземплярах в отделении медицинского страхования, один, из которых после подписания Заказчиком (Пациентом) или его Доверенным лицом, вручается Заказчику (Пациенту) или его Доверенному лицу, второй экземпляр хранится в отделении медицинского страхования три года.

После проверки документа, удостоверяющего личность Заказчика (Пациента) оформляется карта амбулаторного пациента (Приложение № 4) в письменной или электронной форме, направление на осмотр (Приложение № 16), информированное согласие (Приложение № 1), договор на оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по рентгенологии, ультразвуковой диагностике, стоматологии ортопедической (Приложение № 15), смета на оказание медицинских услуг за плату (Приложение № 2) и счет на оплату данного вида услуг, составленный в двух экземплярах. Направление на исследование по рентгенологии, ультразвуковой диагностике, стоматологии ортопедической с отметкой об оплате является основанием для оказания медицинской услуги. Направление на оказание рентгенологической помощи составляет врач отделения с указанием шифра, наименование медицинской услуги и количества необходимых исследований.

Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Заказчиком (Пациентом) наличными средствами либо перечислением денежных средств на счет Филиала госпиталя до начала проведения исследования. После проведения осмотра врач, заполняет карту амбулаторного пациента с результатами исследования, оформляет заключение, делает отметку об оказанной медицинской услуге (в

соответствующей графе указывает свой личный код и окончательный шифр, указанный в преискуранте цен).

Оригиналы данных рентгенологических исследований выдаются на руки Заказчику (пациенту), копии исследований с указанием номера амбулаторной карточки хранятся в медицинских подразделениях, оказавших медицинские услуги на возмездной основе, в установленном порядке. Карточка амбулаторного больного хранится в письменном или электронном виде в течение трех лет.

Оказание медицинских услуг на возмездной основе без направления, оформленного установленным образом, не допускается.

В случае мотивированного отказа пациентом от выполнения оплаченной медицинской помощи, оформляется письменное заявление с указанием причины (Приложение № 7). Если отказ от осмотра произошел по вине медицинского персонала Филиала госпиталя, данная медицинская услуга на возмездной основе, по согласованию с пациентом, может быть оказана безвозмездно или за счет виновного лица».

15. Дополнить положение о порядке предоставления медицинской помощи, оказанию медицинских услуг на возмездной основе в филиале № 3 федерального государственного бюджетного учреждения «Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н. Бурденко» Министерства обороны Российской Федерации, согласно приложению № 1 к настоящему приказу:

«Приложение № 14 Форма договора на оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи по терапии на возмездной (платной) основе.

Приложение № 15 Форма договора на оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях на возмездной (платной) основе.

Приложение № 16 Направление на обследование (осмотр)

2.10.3. Со страховыми компаниями, работающими в системе добровольного медицинского страхования, могут быть заключены соответствующие договоры по оказанию медицинских услуг застрахованным гражданам, которые составляются в двух экземплярах с приложением страховой медицинской программы заказчика и списка застрахованных лиц. Оказание медицинских услуг производится после перечисления 100% авансового платежа, либо предоставления гарантийного письма, по решению начальника филиала госпиталя.

2.10.4. Допускается заключение договоров по оказанию медицинских услуг на возмездной основе с юридическими или физическими лицами на лечение пациентов в течение календарного года, которые по соглашению сторон могут пролонгироваться.

Медицинские услуги на возмездной основе оказываются на сумму, не превышающую размер аванса. По окончании срока действия договора между сторонами производятся взаиморасчеты.

3. Порядок формирования цен и производства расчетов на оказание медицинских услуги на возмездной основе

3.1. Прейскурант цен на медицинские услуги на возмездной основе, оказываемые в филиале госпиталя, после осуществления проверки расчетов и согласования с соответствующими должностными лицами госпиталя, утверждается начальником госпиталя.

Утвержденный преЙскурант цен хранится в финансово-экономическом отделе филиала госпиталя. Для работы, в отделения передаются заверенные копии.

3.2. Размер платы за медицинские услуги на возмездной основе для стационарного и амбулаторного лечения определяется на основании размера расчетно-нормативных затрат на оказание медицинских услуг, а также содержания имущества филиала госпиталя с учетом:

анализа информации о динамике изменения уровня цен (тарифов), входящих в состав затрат филиала госпиталя на оказание медицинских услуг на возмездной основе, включая регулируемые государством цены на товары, работы, услуги;

анализа существующих и прогнозируемых объемов рыночных предложений на аналогичные медицинские услуги и уровня цен на них;

анализа существующего и прогнозируемого объема спроса на аналогичные виды медицинских услуг по региону.

3.3. Перерасчет цен на медицинские услуги на возмездной основе в филиале госпиталя, осуществляется по мере необходимости, но не более двух раз в год.

3.4. Расчет платы за медицинские услуги производится в соответствии с нормативно-правовыми актами РФ.

3.5. При формировании цены на медицинские услуги может быть применен корректирующий коэффициент, учитывающий объективные условия (количество потребителей, анализ существующего и прогнозируемого объема предложений на аналогичные услуги и прогноз динамики изменения). При этом цена, умноженная на корректирующий коэффициент не должна превышать предельную цену медицинских услуг, сложившуюся в данном регионе.

3.6. Ответственность за подготовку расчета стоимости платных медицинских услуг и их своевременную индексацию несет начальник финансово-экономического отдела – главный бухгалтер филиала госпиталя. Ответственность за правильное применение утвержденного преЙскуранта цен за платные медицинские услуги несет заведующий отделением медицинского страхования.

3.7. Медицинские услуги на возмездной основе, оказываемые физическим лицам в рамках договоров с учреждениями, страховыми компаниями и организациями, оплачиваются наличными средствами в кассу филиала госпиталя с применением ККТ, а также безналичным порядком,

согласно условиям договоров на предоставление лечебно-профилактической помощи.

3.8. Пациенты, самостоятельно обратившиеся в отделение медицинского страхования, осуществляют предоплату на основании выписанной сметы, согласованной с Пациентом, подписанной лицом ее оформившим, и заведующим отделением медицинского страхования. Пациенту выдается чек (или квитанция установленного образца), подтверждающий произведенную оплату.

3.9. В соответствии с требованиями руководящих документов по просьбе заказчика (пациента), который произвел оплату по договору оказания медицинской помощи, ему лично, супруге (супругу), родителям, детям, находящимся на иждивении, может быть выдана соответствующая справка об оплате медицинских услуг установленной формы для представления в налоговые органы.

3.10. Оказание медицинских услуг на возмездной основе по заключенному договору производится филиалом госпиталя на сумму, не превышающую авансового вноса. При увеличении сроков, объемов и стоимости обследования и лечения, превышающего авансовый платеж, филиал госпиталя информирует заказчика (пациента) о необходимости дополнительной оплаты, размер которой рассчитывается с учетом ранее произведенных фактических затрат и стоимости дальнейшего пребывания, обследования и лечения.

3.11. Окончательный расчет физическими лицами, производится по факту окончания лечения в день выписки пациента, с оформлением акта приема оказанных медицинских услуг на возмездной основе.

3.12. Оказание медицинских услуг на возмездной основе по договорам с юридическими лицами производится после 100% предоплаты предварительных расчетов на медицинские услуги. Окончательный расчет юридическими лицами, производится в течение 10 календарных дней с момента получения ими счета, счета – фактуры и акта приема оказанной медицинской помощи.

3.13. В случае несвоевременной оплаты за оказанные медицинские услуги к заказчику применяются штрафные санкции в соответствии с условиями заключенного договора. Оплата неустойки не освобождает пациента от выполнения других обязательств, принятых по настоящему договору.

3.14. При невозможности исполнения филиалом госпиталя обязательств по договору, возникших по вине заказчика (пациента), оказанные медицинские услуги и понесенные филиалом госпиталя расходы подлежат оплате в полном объеме. В случае, когда невозможность исполнения возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает, пациент (заказчик) возмещает филиалу госпиталя фактически понесенные им расходы.

3.15. При истечении срока действия договора или его досрочном расторжении, филиал госпиталя возвращает оставшиеся денежные средства

заказчику в течение 5 (пяти) банковских дней с момента расторжения договора, с учетом проведенных удержаний за оказанные медицинские услуги, и штрафных санкций.

3.16. В случае невыполнения филиалом госпиталя полного объема медицинских услуг в счет произведенной оплаты, оставшаяся сумма возвращается заказчику по его заявлению в течение 5 (пяти) банковских дней с момента подписания акта приема оказанных медицинских услуг на возмездной основе.

3.17. Прием денежных средств от физических лиц за медицинские услуги на возмездной основе, осуществляется бухгалтером по кассовым операциям основной базы филиала госпиталя, бухгалтером по кассовым операциям поликлиники №5 филиала госпиталя с применением контрольно-кассовой техники, а также пластиковой картой с помощью банковского терминала (как безналичный расчет), с выдачей потребителю контрольно-кассового чека, либо оформлением бланка строгой отчетности - квитанции (форма по ОКУД 0504510), с последующей сдачей полученных денежных средств в конце рабочего дня с приложением реестра документов в кассу филиала госпиталя. В случае безналичного расчета с помощью пластиковой карты по банковскому терминалу после получения чека подтверждающего списание денежных средств, необходимо зарегистрировать продажу, применив ККТ для дальнейшей выдачи потребителю контрольно-кассового чека. С указанными выше работниками отдела медицинского страхования и поликлиники в обязательном порядке заключается договор о полной материальной ответственности. Кроме того, денежные средства могут передаваться путем перечисления на счет филиала госпиталя безналичным порядком.

4. Права и обязанности сторон

4.1. В соответствии с действующим законодательством Российской Федерации филиал госпиталя несет всю полноту ответственности перед заказчиком (пациентом) за предоставление ему качественных медицинских услуг. Заказчик (пациент) вправе предъявлять требования о возмещении вреда здоровью, причиненного предоставленными медицинскими услугами ненадлежащего качества.

4.2. Заказчик (пациент) и филиал госпиталя обязаны выполнять условия, оговоренные в заключенных Договорах (Приложение №2;3) и подписанные сторонами.

4.3. Пациент имеет право на:

- уважительное и гуманное отношение к себе со стороны медицинского и обслуживающего персонала;
- обследование и лечение в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- облегчение боли, связанной с заболеванием, травмой и (или) медицинскими вмешательствами, научно-обоснованными способами и средствами;

- содержание в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении;

- получение информации о своих правах и обязанностях, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.

4.4. В случае несоблюдения филиалом госпиталя обязательств по срокам и качеству оказания медицинских услуг заказчик (пациент) вправе предъявить претензию в соответствии с действующим законодательством.

4.5. Филиал госпиталя оставляет за собой право на отказ в оказании медицинских услуг пациенту в случае невыполнения им своих обязательств, а также правил внутреннего распорядка.

5. Контроль по предоставлению медицинских услуг на возмездной основе в медицинских учреждениях

5.1. Контроль по организации работы связанной с оказанием медицинских услуг на возмездной основе и качеством ее выполнения в филиале госпиталя осуществляется заместителем начальника филиала госпиталя по медицинской части.

5.2. Контроль по оформлению платежных документов и ведением финансово-экономической деятельности осуществляется главным бухгалтером филиала госпиталя.

**Заместитель начальника филиала по медицинской части
полковник медицинской службы**

М. Козовой

**Начальник финансово-экономического отдела главный бухгалтер
Служащая**

Л. Клусович

Приложение № 1
к Положению

Приложение № 1
к договору № ___ от « ___ » _____ 201__ г.

Информированное согласие

Я, _____
(Ф.И.О. пациента (заказчика))

информирован(а) об альтернативной возможности получения медицинской помощи за счет государственных средств в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи по месту жительства и основного медицинского прикрепления.

Я отказываюсь от предоставления медицинской помощи за счет государственных средств на выбранные мною из прейскуранта цен медицинские услуги, которые указаны в счете на оплату и подтверждаю свое желание на получение их за плату в филиале № 3 «Главного военного клинического госпиталя имени академика Н. Н. Бурденко» Министерства обороны Российской Федерации (далее – филиал госпиталя).

Я не имею права на получение бесплатной медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях Минобороны России, а также не являюсь сотрудником других силовых структур и ведомств.

Настоящим информированным согласием я уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) филиала госпиталя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую помощь), в т.ч. назначенного режима лечения, может повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Дата: « ___ » _____ 201__ г.

(подпись)

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся _____, Ф.И.О. зарегистрированный по адресу: _____ Паспорт: серия ___ номер ___ выдан _____ в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на автоматизированную обработку своих персональных данных, включающих: анкетные данные, контактные(й) телефон(ы), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях для установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

А также предоставляю право филиалу госпиталя осуществлять все действия (операции), связанные с вышеуказанными персональными данными в интересах обследования и лечения, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицами, профессионально занимающимися медицинской деятельностью и обязанными сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медкарты) и составляет 25 лет, разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно.

Дата: « ___ » _____ 20__ г. Подпись _____

ФОРМА ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг
(в условиях стационара)

г. Балашиха

«___» _____ 201__ г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н. Бурденко» Министерства обороны Российской Федерации, имеющий лицензию от «___» _____ 201__ г. № _____, на осуществление медицинской деятельности и Положения о порядке предоставления медицинской помощи на возмездной основе, утвержденного приказом № _____ начальника филиала № 3 от «___» _____ 201__ г., в лице _____, действующего на основании доверенности _____, именуемое в дальнейшем «**Филиал Госпиталя**» с одной стороны и _____, паспорт: серия _____ номер _____, выдан _____, адрес регистрации и фактического проживания _____,

номер телефона _____, именуемый (ая) в дальнейшем «**Заказчик**», и гражданин (ка) _____, паспорт: серия _____ номер _____, выдан _____, адрес регистрации и фактического проживания _____,

номер телефона _____, именуемый (-ая) в дальнейшем «**Пациент**», с другой стороны, именуемые совместно и каждый в отдельности «**Стороны**», заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. В соответствии с настоящим Договором филиал Госпиталя принимает на себя обязательства по оказанию медицинских услуг на возмездной основе потребителю, именуемому в дальнейшем Пациенту _____

в условиях стационара, а Заказчик берёт на себя обязательства оплачивать Филиалу Госпиталю затраты, связанные с оказанием платных медицинских услуг.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ПАЦИЕНТА (ЗАКАЗЧИКА)

2.1. Пациент (заказчик) имеет право:

2.1.2. Получать необходимые разъяснения относительно заболевания, предлагаемого лечения и его срока, ожидаемого результата, а также о возможных осложнениях в течение всего периода оказания медицинских услуг пациенту.

2.1.3. Выразить свое согласие относительно предложенных медицинских манипуляций, исследований и лечения в целом, требовать от Филиала Госпиталя надлежащего качества оказываемой медицинских услуг.

2.1.4. Выразить свои пожелания относительно медицинских манипуляций, предоставляемых Филиалом Госпиталя за дополнительную плату.

2.1.5. Пациент вправе получать от Филиала Госпиталя полную и достоверную информацию, включающую в себя сведения о местонахождении Филиала Госпиталя (его государственной регистрации), режиме работы, перечня оказываемых медицинских услуг

с указанием их стоимости и условиях их предоставления.

2.1.6 Отказаться от исполнения Договора при условии оплаты Филиалу Госпиталя фактически понесенных им расходов.

2.2. Пациент (заказчик) обязан:

2.2.1. Выполнять все рекомендации медицинского персонала Филиала Госпиталя, оказывающему ему медицинские услуги по настоящему Договору, в том числе и рекомендации после лечения.

2.2.2. Предоставить Филиалу Госпиталя имеющуюся информацию и медицинские документы, обеспечивающие качественное оказание медицинской помощи.

2.2.3. Информировать врача до оказания медицинской помощи о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, медикаментозных противопоказаниях.

2.2.4. Неукоснительно соблюдать «Правила внутреннего распорядка Филиала Госпиталя для больных».

2.2.5. Заказчик (Пациент) обязан подписать информированное согласие об отказе получения выбранных им медицинских услуг за счет государственных средств в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи по месту жительства и основного медицинского прикрепления (приложение № 1 к настоящему договору).

2.2.6 Оплатить стоимость обследования и лечения в соответствии с условиями Договора (п.4.2.), по ценам, утвержденным на день подписания настоящего договора.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ФИЛИАЛА ГОСПИТАЛЯ

3.1. Филиал Госпиталя имеет право:

3.1.1. Рассматривать требования Пациента (Заказчика) и отклонять их, если они не противоречат требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации и Правилам внутреннего распорядка Филиала Госпиталя для больных.

3.1.2. Проводить необходимые дополнительные диагностические обследования, информировав при этом Пациента (Заказчика).

3.1.3. Своевременно предупреждать Пациента (Заказчика) о необходимости доплаты в случае полного использования средств, внесенных в виде предоплаты.

3.1.4. В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследования, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи.

3.1.5. Приостановить оказание медицинской помощи Пациенту в случаях:

3.1.6. Нарушения Пациентом п.2.2. настоящего договора и «Правил внутреннего распорядка Филиала Госпиталя для больных».

3.1.7. Невыполнения финансовых обязательств, принятых по настоящему договору. Оказание медицинской помощи возобновляется после возмещения Заказчиком затрат Филиала Госпиталя за оказанную медицинскую помощь и внесения на расчетный счет Филиала Госпиталя дополнительной оплаты, согласно раздела 4 настоящего договора.

3.2. Филиал Госпиталя обязан:

3.2.1. Обеспечить Пациента (Заказчика) бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о режиме работы Филиала Госпиталя, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, условиях предоставления, и их получения, квалификации и сертификации специалистов Филиала Госпиталя.

3.2.2. Предоставлять Заказчику (Пациенту) медицинские услуги за плату, состоящую из необходимых диагностических исследований, консультаций врачей-специалистов, лечения в стационаре, назначение дорогостоящих лекарственных препаратов.

3.2.3. При необходимости проведения оперативных вмешательств (инвазивных исследований) сообщить о возможных осложнениях во время операции и в послеоперационном периоде, продолжительность которого, определяется Филиалом Госпиталя и зависит от сложности проведенной операции и состояния здоровья Пациента. Филиал Госпиталя не несет ответственности за наступление осложнений, если медицинские услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований.

3.2.4. При необходимости назначения дорогостоящих лекарственных препаратов, проведении оперативных вмешательств (инвазивных исследований), расходного медицинского имущества (медицинских изделий и материалов, сообщать Заказчику (Пациенту) с оформлением информационного согласия.

3.2.5. Предупредить Пациент (заказчик) об отсутствии у филиала Госпиталя обязательств перед ним, в случае наступления летального исхода не по вине филиала Госпиталя.

3.2.6. Обеспечить содержание Пациентов соответствии с нормативными документами, утвержденными филиалу Госпиталя вышестоящей организацией.

3.2.7. По окончании лечения выдавать пациенту выписной эпикриз, при необходимости - листок временной нетрудоспособности и другие документы в иные инстанции.

3.2.8. Оказывать медицинские услуги Пациенту, предоставляемые по настоящему договору по ценам, утвержденным на день подписания договора. Информировать Пациента (Заказчика) о наличии его денежных средств на счете Филиала Госпиталя.

3.2.9. Сохранить конфиденциальность информации о состоянии здоровья Пациента.

3.3. Филиал Госпиталя освобожден от ответственности за ненадлежащее оказание медицинских услуг за плату в случае действия непреодолимой силы, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством, действующим на территории Российской Федерации.

4. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ ЗА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

4.1. Расчет платы за медицинские услуги, оказываемые по настоящему Договору, определяется в соответствии с утвержденным прейскурантом цен, действующим в Филиале Госпиталя на момент заключения Договора.

4.2. Оплата по настоящему Договору производится в следующем порядке:

4.2.1. Предварительная стоимость (аванс) медицинских услуг, оказываемых по настоящему Договору на момент его подписания, составляет _____ (сумма прописью).

4.2.2. Заказчик (Пациент) подписывая Договор и внесением денежных средств в кассу согласно смете (Приложение № 2) филиала Госпиталя подтверждает свое понимание невозможности определения полной стоимости стационарного обследования и лечения на этапе заключения Договора.

4.2.3. Медицинские услуги оказываются Филиалом Госпиталя в течение срока действия настоящего Договора на сумму, не превышающую авансового взноса.

4.2.4. При увеличении сроков, объемов и стоимости обследования и лечения, превышающего авансовый платеж, Филиал Госпиталя информирует Пациента (Заказчика) о необходимости дополнительной оплаты, размер которой рассчитывается с учетом ранее произведенных фактических затрат и стоимости дальнейшего пребывания, обследования и лечения направленного Пациента.

4.2.5. Филиалом Госпиталя выставляется к оплате промежуточный счет на фактическую стоимость оказанных медицинских услуг. Основанием для продолжения оказания медицинской помощи является поступление денежных средств в кассу Филиала Госпиталя или копия платежного поручения, имеющего банковскую отметку.

4.2.6. Окончательный расчет по оказанным медицинским услугам производится в день выписки Пациента с оформлением акта приема оказанных медицинских услуг (приложение № 3 к договору).

4.2.7. Возврат излишне уплаченных денежных средств Заказчику осуществляется после

окончания взаиморасчетов в день выписки Пациента.

4.2.8. По настоящему договору Филиал Госпиталя не предоставляет право на льготное обслуживание и получение льготных рецептов.

4.3. При расчете стоимости оказанных медицинских услуг день госпитализации Пациента и день выписки считаются одним койко-днем. Время поступления Пациента определяется и фиксируется в истории болезни в приемном отделении Филиала Госпиталя.

4.4. Изменения и дополнения в приложение № 1 к Договору после оплаты медицинской помощи по данному Договору не допускаются.

4.5. Оплата дорогостоящих лекарственных препаратов, расходного медицинского имущества (медицинских изделий и материалов) осуществляется по согласованию сторон.

4.6. В случае несвоевременной оплаты за оказанные медицинские услуги Заказчик уплачивает Филиалу Госпиталя неустойку в размере 1% от суммы, причитающейся к оплате за каждый день просрочки. Оплата неустойки не освобождает Заказчика от выполнения других обязательств, принятых по настоящему Договору.

4.7. Факт оказания Пациенту медицинских услуг подтверждается оформлением выписного эпикриза, подписанием Сторонами акта оказанных медицинских услуг (приложение № 3 к договору).

4.8. При невозможности исполнения филиалом Госпиталя обязательств по Договору, возникших по вине Пациента, оказанные медицинские услуги и понесенные Филиалом Госпиталя расходы подлежат оплате в полном объеме.

4.9. В случае, когда невозможность исполнения возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает, Заказчик возмещает Филиалу Госпиталя фактически понесенные им расходы.

5. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

5.1. Медицинские услуги оказываются Филиалом Госпиталя в соответствии с требованиями, стандартов оказания медицинской помощи, а также требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации, по месту нахождения Филиала Госпиталя по адресу: 143920, Московская обл., г. Балашиха, мкр. Купавна, ул. Адмирала Горшкова, д.4.

5.2. Медицинские услуги оказываются Пациенту в стационаре при предъявлении документа, удостоверяющего личность Пациента (паспорта), и подписанным Сторонами направлением на обследование и лечение с указанным перечнем медицинских услуг.

5.3. Оказание медицинских услуг Пациенту осуществляется при выполнении денежных обязательств, принятых по настоящему договору (п.4.2), а также при наличии места в профильном отделении.

5.4. При выявлении сопутствующих или конкурирующих заболеваний, их лечение согласовывается дополнительно с Заказчиком (Пациентом).

5.5. Филиал Госпиталя самостоятельно вырабатывает тактику по оказанию Пациенту платных медицинских услуг.

5.6. Филиал Госпиталя не несет ответственность за смерть Пациента, при обнаружении у Пациента другого конкурирующего заболевания.

5.7. Оказание медицинских услуг производится при наличии денежных средств Заказчика на расчетном счете Филиала Госпиталя. Госпитализация по экстренным показаниям производится по согласованию Сторон в каждом отдельном случае.

5.8. Полный комплекс лечебных, диагностических и прочих манипуляций определяется в процессе лечения (обследования) с учетом состояния здоровья Пациента, индивидуальных особенностей организма, а также с учетом медицинских манипуляций, оказываемых по желанию Пациента.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств, принятых по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.2. Претензии и споры, возникшие между Заказчиком и Филиалом Госпиталя, разрешаются по соглашению сторон, в том числе с привлечением независимых экспертов, либо в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации. Все вопросы, связанные с возмещением расходов на привлечение независимых экспертов, сторона, привлекающая экспертов, решает самостоятельно.

6.3. Стороны освобождаются от ответственности за исполнение условий Договора в случае возникновения обстоятельств непреодолимой силы.

6.4. Филиал Госпиталя не несет ответственность при преждевременном прекращении оказания медицинских услуг по инициативе Заказчика. В этом случае денежные средства, внесенные за лечение по уже оказанным манипуляциям, возврату не подлежат.

7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.1. Все изменения и дополнения к настоящему Договору будут иметь силу и являться его неотъемлемой частью, если они составлены в письменной форме и подписаны Сторонами.

7.2. Стороны обязуются не позднее, чем за 10 рабочих дней, извещать друг друга обо всех изменениях своих адресов и реквизитов.

7.3. Договор может быть расторгнут досрочно в следующих случаях:

- по обоюдному согласию Сторон, оформленному в виде дополнительного соглашения, подписываемого Заказчиком и Филиалом Госпиталя;
- при наступлении обстоятельств непреодолимой силы или их последствий;
- по инициативе одной из Сторон в одностороннем порядке, при условии письменного уведомления другой стороны не менее, чем за 30 календарных дней;
- по решению суда в случае существенного нарушения условий данного Договора другой стороной;

7.4. В случае окончания срока действия или расторжения Договора, стороны производят окончательные взаиморасчеты на основании выверок взаиморасчетов не позднее 20 дней после прекращения договорных отношений.

7.5. Прекращение действия Договора не освобождает Стороны от полного завершения исполнения своих обязательств Пациенту по настоящему Договору в объеме обязанностей, имеющих на период действия Договора.

8. СРОК ДЕЙСТВИЙ ДОГОВОРА

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

8.2. Настоящий договор составлен в трех экземплярах для Заказчика (Пациента) один экземпляр, два экземпляра для Филиала Госпиталя, имеющих одинаковую юридическую силу.

8.3. Приложения к настоящему договору являются его неотъемлемой частью и изменяются дополнительными соглашениями.

9. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Филиал Госпиталя:

Филиал №3 ФГБУ «ГВКГ им. Н.Н. Бурденко»
Фактический (почтовый). адрес: 143920,
Московская область,

Пациент и/или Заказчик:

Паспорт: серия _____ номер _____
Выданный _____, дата выдачи _____

г. Балашиха, мкр. Купавна, ул. Адмирала
Горшкова, дом 4

Адрес местонахождения: 143920,
Московская область,

г. Балашиха, мкр. Купавна, ул. Адмирала
Горшкова, дом 4

Банковские реквизиты:

ИНН 7701114305 КПП 501243001

л/с _____

Банк получателя: _____

В назначении платежа указать

КБК _____

БИК _____

Тел.: 8(495) 527-95-00, доб. 462, 388

Факс: 8 (495) 527-91-23

Начальник филиала №3 ФГБУ «ГВКГ им.
Н. Н. Бурденко»

_____/ _____ /

« _____ » _____ 201__ г.

Дата рождения: _____.

Регистрация (по месту жительства):

Контактный

телефон _____

(подпись) (фамилия)

« _____ » _____ 201__ г.

С Правилами оказания платных услуг и
Прейскурантом ознакомлен

Доверенное лицо пациента:

Паспорт: серия _____ номер _____

Выданный _____, дата выдачи

Дата рождения: _____.

Регистрация (по месту жительства):

Контактный

телефон _____

(подпись) (фамилия)

С Правилами оказания платных услуг и
Прейскурантом ознакомлен

« _____ » _____ 201__ г.

Приложение № 1
к Договору на оказание
платных медицинских услуг
(в условиях стационара)
« ____ » _____ 201__ № _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Я, _____
(ФИО Пациента (Заказчика))

информирован(а) об альтернативной возможности получения медицинской помощи за счет государственных средств в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи по месту жительства и основного медицинского прикрепления.

Я, отказываюсь от предоставления медицинской помощи за счет государственных средств на выбранные мною прейскуранта цен на медицинские услуги, которые указаны в счете на оплату и подтверждаю свое желание на получение их за плату в филиале № 3 ФГБУ «ГВКГ им. Н.Н. Бурденко» (далее- филиал Госпиталя).

Я не имею права на получение бесплатной медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях Министерства обороны Российской Федерации, а также не являюсь сотрудником других силовых структур и ведомств.

Настоящим информированным согласием я уведомлен (а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) филиала Госпиталя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую помощь,) в том числе назначенного режима лечения, может повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Дата: « ____ » _____ 201__

Подпись _____
(подпись)

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся _____, Ф.И.О. зарегистрированный по адресу: _____ Паспорт: серия ____ номер ____ выдан _____ в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на автоматизированную обработку своих персональных данных, включающих: анкетные данные, контактные(й) телефон(ы), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях для установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

А также предоставляю право филиалу госпиталя осуществлять все действия (операции), связанные с вышеуказанными персональными данными в интересах обследования и лечения, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицами, профессионально занимающимися медицинской деятельностью и обязанными сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медкарты) и составляет 25 лет, разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно.

Дата: « ____ » _____ 20__ г. Подпись _____

Приложение № 2
к Договору на оказание
платных медицинских услуг
(в условиях стационара)

от «_____» _____ 201__ г. № _____

СМЕТА

на оказание медицинских услуг на возмездной основе по лечению пациента:

№ п/п	Наименование мед. услуги	Кол-во	Цена 1-й манипуляции.	Сумма
ИТОГО:				

Заказчик:

_____/_____/

Заведующий отделением
медицинского страхования

_____/_____/

Приложение № 3
к Договору на оказание
платных медицинских услуг
(в условиях стационара)
от «_____» _____ 201__ г. № _____

УТВЕРЖДАЮ
Начальник филиала № 3
ФГБУ «ГВКГ им. Н.Н. Бурденко»

«_____» _____ 201__

АКТ
оказанных медицинских услуг
(в условиях стационара)

Мы, филиал № 3 ФГБУ «ГВКГ им. Н.Н. Бурденко» (филиал госпиталя), с одной стороны, и Заказчик (пациент) _____, проходивший стационарное лечение, с другой стороны, составили настоящий акт в том, что филиалом Госпиталя оказаны медицинские услуги пациенту в соответствии и на сумму указанную в счете.

Медицинские услуги оказана в полном объеме, с надлежащим качеством и в установленный срок.

Стороны по оказанной медицинских услуг претензий друг к другу не имеют.

Заказчик (пациент) _____
(подпись, Ф.И.О.)

Заведующий отделением медицинского страхования _____

Приложение № 3
к Положению

ФОРМА ДОГОВОР № _____

на оказание платных медицинских услуг
(в амбулаторно-поликлинических условиях)

г. Балашиха

.....«___» _____ 201__ г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н. Бурденко» Министерства обороны Российской Федерации, **имеющий лицензию от «_____» _____ 201__ г. № _____**, на осуществление медицинской деятельности и Положения о порядке предоставления медицинской помощи на возмездной основе, утвержденного приказом № _____ начальника филиала «_____» _____ 201__ г. № _____, в лице _____, действующего на основании доверенности _____, именуемое в дальнейшем «**филиал Госпиталя**» и _____, паспорт: серия _____ номер _____, выдан _____, адрес регистрации и фактического проживания _____, номер телефона _____, именуемый (ая) в дальнейшем «**Заказчик (Пациент)**», с другой стороны, именуемые совместно и каждый в отдельности «**Стороны**», заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. Предмет договора

1.1. В соответствии с настоящим договором филиал Госпиталя принимает на себя обязательства по оказанию поликлинических медицинских услуг, Пациент _____ обязуется произвести оплату филиалу Госпиталя всей стоимости оказанных услуг.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Филиал Госпиталя обязан:

2.1.1. Уведомить заказчика (пациента) о том, что медицинские услуги, входящие в программу государственных гарантий, может быть ему оказана бесплатно по месту прикрепления пациента.

2.1.2. Гарантировать качественное и своевременное оказание медицинских услуг согласно выбранного заказчиком (пациентом) перечня, в соответствии с профессиональными стандартами, санитарно-гигиеническими нормативами и правилами медицинской деятельности.

2.1.3 Не разглашать информацию об обращении Пациента за оказанием медицинских услуг и их результатах, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством.

2.2. Филиал Госпиталя имеет право:

2.2.1 Предлагать заказчику (пациенту) объем лечебно-диагностических медицинских услуг в соответствии с состоянием здоровья пациента.

2.2.2 Прервать лечение (обследование), немедленно уведомив об этом заказчика (пациента), при наличии медицинских противопоказаний, либо при невозможности достижения результата лечения.

2.3. Заказчик (пациент) обязан:

2.3.1. Информировать врача до начала оказания ему медицинских услуг о состоянии своего здоровья, в том числе о перенесенных заболеваниях и аллергических реакциях.

- 2.3.2 Своевременно производить оплату выбранных медицинских услуг и подписать акт приема оказанных медицинских услуг.
- 2.3.3. Соблюдать правила поведения и внутреннего распорядка дня филиала Госпиталя.
- 2.3.4. Ознакомиться и подписать необходимые документы о добровольном согласии на проведение лечебно-диагностических инвазивных исследований.

2.4. Заказчик (пациент) имеет право:

- 2.4.1. Отказаться от получения медицинских услуг до начала ее оказания и получить обратно уплаченные денежные средства.
- 2.4.2. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением либо не надлежащим исполнением условий настоящего договора, возмещении ущерба, в случае причинения вреда здоровью и жизни, в соответствии с законодательством, действующим на территории Российской Федерации, но не более реально причиненного.
- 2.4.3 Получать в письменной форме заключения с указанием результатов проведенных лечебно-диагностических исследований, консультаций и врачебных рекомендаций.

3. Порядок расчетов по договору

- 3.1. Стоимость медицинских услуг определяется Прейскурантом цен филиала Госпиталя, действующим на день их выполнения.
- 3.2. Перечень оказываемых медицинских услуг указываются в счетах на оплату.
- 3.3. Оказание медицинских услуг осуществляется филиалом Госпиталя после внесения Заказчиком (пациентом) предоплаты в размере 100% стоимости выбранных им медицинских услуг.

4. Ответственность сторон.

- 4.1. Филиал Госпиталя не несет ответственности за результаты оказанной медицинских услуг в случаях несоблюдения Заказчиком (пациентом) рекомендаций по лечению и иных неправомерных действий.
- 4.2. Филиал Госпиталя несет ответственность перед Пациентом только за умышленные виновные действия персонала, но не более реального ущерба, причиненного Пациенту. Филиал Госпиталя не несет ответственность за действия третьих лиц.
- 4.3. Стороны освобождаются от ответственности друг перед другом за полное или частичное неисполнение обязательств по данному договору, если оно явилось следствием обстоятельств действия непреодолимой силы.
- 4.3. Филиал Госпиталя не возвращает денежные средства за оказанные медицинские услуги, если был вынужден прекратить их оказание по вине Заказчика (пациента).
- 4.4. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим договором или в связи с ним, стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров.
- 4.5. В остальных случаях стороны решают споры в соответствии с законодательством, действующим на территории Российской Федерации.

5. Срок действия договора

- 5.1 Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и действует до полного исполнения обязательств сторонами по настоящему договору.

6. Адреса и реквизиты сторон

Филиал Госпиталя:

Филиал №3 ФГБУ «ГВКГ им. Н.Н. Бурденко»
Фактический (почтовый). адрес: 143920,

Пациент и/или Заказчик:

Паспорт: серия _____ номер _____
Выданный _____, дата выдачи _____

Московская область,
г. Балашиха, мкр. Купавна, ул. Адмирала
Горшкова, дом 4
Адрес местонахождения: 143920,
Московская область, г. Балашиха, мкр.
Купавна, ул. Адмирала Горшкова, дом 1
Банковские реквизиты:
ИНН 7701114305 КПП 501243001
л/с _____
Банк получателя: _____

В назначении платежа указать
КБК _____
БИК _____
Тел.: 8(495) 527-95-00, доб. 462, 388
Факс: 8 (495) 527-91-23
Начальник филиала №3 ФГБУ «ГВКГ им.
Н. Н. Бурденко»
_____/ _____/
«_____» _____ 201__ г.

Дата рождения: _____.
Регистрация (по месту жительства):

Контактный
телефон _____
(подпись) (фамилия)
«_____» _____ 201__ г.

С Правилами оказания платных услуг и
Прейскурантом ознакомлен

Доверенное лицо пациента:

Паспорт: серия _____ номер _____
Выданный _____, дата выдачи

Дата рождения: _____.
Регистрация (по месту жительства):

Контактный
телефон _____
(подпись) (фамилия)

С Правилами оказания платных услуг и
Прейскурантом ознакомлен

«_____» _____ 201__ г.

Медицинская карта амбулаторного пациента № _____

Пол _____ Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____ Дата рождения _____

Адрес проживания: по регистрации _____

по фактическому проживанию _____

Контактный телефон _____

Паспорт: серия _____ номер _____ выдан _____ дата выдачи _____

НАПРАВЛЕНИЕ
на обследование (осмотр)
№ _____ от _____

Ф.И.О. пациента _____

Дата рождения _____

№ п/п	Шифр мед. услуги	Наименование мед. услуги	Кол-во	Исполнители (личный код)	
				врач	медсестра

Сформировал направление врач _____

Начальник (заведующий) отделением _____

Заведующий отделением страховой медицины _____

Заведующий Поликлиникой № 5 _____ (для амбулаторно-поликлинических договоров)

Приложение № 6
к ПоложениюУТВЕРЖДАЮ
Начальник филиала № 3
ФГБУ «ГВКГ им. Н.Н. Бурденко»

« ____ » _____ 201__

АКТ
оказанных медицинских услуг
(в амбулаторно-поликлинических условиях)

Мы, филиал № 3 ФГБУ «ГВКГ им. Н.Н. Бурденко» (филиал госпиталя), с одной стороны, и Заказчик (пациент) _____, проходивший амбулаторное лечение, с другой стороны, составили настоящий акт в том, что филиалом Госпиталя оказаны медицинские услуги пациенту в соответствии и на сумму указанную в счете. Медицинские услуги оказана в полном объеме, с надлежащим качеством и в установленный срок. Стороны по оказанной медицинских услуг претензий друг к другу не имеют.

Заказчик (пациент) _____
(подпись, Ф.И.О.)

Заведующий поликлиникой № 5 филиала госпиталя _____

Заведующий отделением медицинского страхования _____

Приложение № 7
к Положению

Начальнику филиала №3
ФГБУ «ГВКГ им. Н. Н. Бурденко»

от _____
(Ф.И.О.)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас произвести возврат денежных средств за оплаченные мною медицинские услуги согласно договора №___ от «___» _____ 201_г. по причине: _____

_____/_____
(подпись) (расшифровка подписи)
«___» _____ 201__ г.

Приложение № 8
к Положению

Приложение № 2
к договору № ___ от « ___ » _____ 201__ г.

СМЕТА

на оказание медицинских услуг на возмездной основе по лечению пациента:

№ п/п	Наименование мед. услуги	Кол-во	Цена 1-й манипуляции.	Сумма
ИТОГО:				

Заказчик:

Филиал Госпиталя:

Заведующий поликлиникой № 5
филиала госпиталя

_____/_____/_____

Заведующий отделением
медицинского страхования

_____/_____/_____

Приложение № 9
к Положению
(форма №3)

«СОГЛАСОВАНО»
Заместитель начальника филиала №3
ФГБУ «ГВКГ им. Н. Н. Бурденко»
по медицинской части

Заключение о необходимости стационарного лечения

1. Ф.И.О. _____
2. Диагноз: _____
3. Нуждается в стационарном лечении в _____ отделении
4. Ориентировочный срок лечения: _____ дней, из них в реанимационном отделении _____ дней.
5. Планируется выполнение оперативного лечения: _____
Код операции: _____
6. Планируется вид анестезии: _____
7. Планируется выполнить сложные диагностические исследования: _____

№ п/п	Код услуги (код операции)	Наименование услуги (операции, консультации специалистов)

8. Планируется выполнить консультации специалистов: _____
 9. Ориентировочная дата госпитализации: _____
 10. Необходима закупка дорогостоящего медицинского имущества: _____
- Заключение оформил начальник (заведующий) отделением:

_____ (должность)
_____ (_____)
подпись Ф.И.О.

« _____ » _____ 201__ г.

ДАННЫЕ О ЛИСТКЕ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

Листок нетрудоспособности: **НУЖЕН (НЕ НУЖЕН)** (ненужное зачеркнуть)
 Прошу выдать листок нетрудоспособности за время лечения с « _____ » _____ 201__ г.
 Место работы _____ Должность _____
 При поступлении на лечение листок нетрудоспособности: **ЕСТЬ № _____ НЕТ** (ненужное зачеркнуть)
 Пациент _____
 подпись

Приложение № 10
к Положению
(форма № 4)

«РАЗРЕШАЮ»
Начальник филиала №3 ФГБУ
«ГВКГ им. Н.Н. Бурденко»

**НАПРАВЛЕНИЕ № _____
на стационарное лечение**

Направляется на стационарное лечение в плановом порядке по договору № _____ от
«__» _____ 201__ г.:

(Ф.И.О., год рождения)

в отделение _____, наблюдение врачей – муниципальное лечебное учреждение.

Диагноз: _____ Госпитализация до: «__» _____ 201__ г.

Заведующий отделением медицинского страхования

Приложение № 11
к Положению (п. 2.10.2)

КАРТОЧКА

учета медицинских манипуляций по договору № ____ от _____

Ф.И.О. пациента _____ Дата рождения _____

№ п/п	Наименование мед. манипуляций	Кол-во	Исполнители (личный код) врача	Окончательный шифр мед. манипуляции

Лечащий врач _____

П р и л о ж е н и е № 12
к Положению
«УТВЕРЖДАЮ»
Начальник филиала №3
ФГБУ «ГВКГ им. Н.Н. Бурденко»

АКТ

приема оказанных медицинских услуг по договору № ____ от _____
Ф.И.О. пациента _____ Отделение _____
Находился на лечении с _____ по _____ (суток ____)

№ п/п	Наименование мед. манипуляций	Кол-во	Цена 1-й манипуляции	Сумма
ИТОГО:				

Вышеперечисленные медицинские услуги оказаны в полном объеме, претензий по качеству не имею.

Заказчик (пациент) _____

Начальник (заведующий) отделения _____

Расчет составил _____

Приложение № 13
к ПоложениюНачальнику филиала №3 ФГБУ
«ГВКГ им. Н.Н. Бурденко»

от _____

находящегося(-йся) на лечении в
_____ отделении

Заявление

Прошу выписать меня из госпиталя _____
(указать причину)Претензий к руководству госпиталя и медицинскому персоналу не
имею.О возможных последствиях досрочной выписки и осложнениях
предупрежден(а)_____
(подпись)

« ____ » _____ 20 ____ г.

Приложение к № 1
к приказу № « » _____ 2019
П р и л о ж е н и е № 14
к Положению

ФОРМА ДОГОВОРА № _____

на оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи по терапии на
возмездной (платной) основе.

г. Балашиха

«__» _____ 201__ г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н. Бурденко» Министерства обороны Российской Федерации (Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц за основным государственным регистрационным номером 107739493901, выдано Межрайонной ИФНС России № 46 по г.Москве), имеющий лицензию от 22 января 2019 г. № ФС-99-01-009606 на осуществление медицинской деятельности, выданную Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109074, г. Москва, Славянская площадь, д.4, стр.1, тел: 8-495-698-45-38), и Положение о порядке предоставления медицинской помощи на возмездной (платной) основе, утвержденное приказом начальника филиала № 3 от 15 января 2018 г. № 4, в лице начальника филиала _____, действующего на основании доверенности от 11 января 2019 г. № 12/3/2, именуемое в дальнейшем **Исполнитель (Филиал Госпиталя)** с одной стороны и _____, паспорт: серия _____ номер _____, код подразделения _____ выдан _____

адрес регистрации и фактического проживания: _____

_____, номер телефона +7 () _____, именуемый (ая) в дальнейшем **Заказчик (Пациент)**, и гражданин(ка) _____, паспорт: серия _____ номер _____, код подразделения _____, выдан _____, адрес _____ регистрации _____ и фактического проживания _____

_____, номер телефона +7 () _____, именуемый (-ая) в дальнейшем, с другой стороны, именуемые совместно и каждый в отдельности **«Стороны»**, заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1. В соответствии с настоящим Договором Исполнитель (Филиал госпиталя) принимает на себя обязательства по оказанию первичной врачебной медико-санитарной помощи по терапии на возмездной (платной) основе Заказчику

(Пациенту) _____, отвечающей требованиям, предъявляемым к данному виду услуги на территории РФ в амбулаторных условиях стационара, а Заказчик добровольно берет на себя обязательства оплачивать медицинскую услугу в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ПАЦИЕНТА (ЗАКАЗЧИКА)

2.1. Заказчик (Пациент) имеет право:

2.1.2. Получить квалифицированные медицинские услуги на оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи по терапии.

2.1.3. Получить необходимые разъяснения относительно заболевания, предполагаемого лечения и его сроках, ожидаемом результате, а также возможных осложнениях.

2.1.4. Выразить свои пожелания и согласие относительно медицинских услуг по диагностике и манипуляциях, предоставляемых Филиалом госпиталя за отдельную плату согласно имеющейся лицензии на осуществление медицинской деятельности.

2.1.5. Получать сведения о квалификации и сертификации специалиста

2.1.6. Пациент вправе получать от Филиала госпиталя полную и достоверную информацию, включающую в себя сведения о местонахождении Филиала госпиталя (его государственной регистрации), режиме работы, перечня оказываемых медицинских услуг с указанием их стоимости и условиях их предоставления.

2.1.7. Самостоятельно, после назначения с лечащим врачом, приобретать расходные материалы и лекарственные средства, за качество которых исполнитель ответственность не несет.

2.2. Заказчик (Пациент) обязуется:

2.2.1. Выполнять все рекомендации врача Филиала госпиталя, оказывающему ему медицинскую услугу по настоящему Договору, в том числе рекомендации после проведенного лечения.

2.2.2. Предоставлять Филиалу госпиталя имеющуюся информацию и медицинские документы, обеспечивающие качественное оказание медицинской услуги.

2.2.3. Информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, медикаментозных противопоказаниях.

2.2.4. Заказчик (Пациент) обязан подписать информированное согласие об отказе получения выбранных им медицинских услуг за счет государственных средств в рамках Программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи по месту жительства и основного медицинского прикрепления (Приложение № 1 к настоящему договору).

2.2.5. Оплатить стоимость осмотра в соответствии с условиями Договора (п. 4.2), по ценам, утвержденным прейскурантом на день подписания настоящего Договора.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ФИЛИАЛА ГОСПИТАЛЯ.

3.1 Филиал Госпиталя имеет право:

3.1.1. Определить длительность лечения, объем рекомендованных пациенту дополнительных диагностических исследований для установления диагноза.

3.1.2. В случае возникновения неотложного состояния, угрожающего жизни пациента, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, консультаций других специалистов, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза и необходимого объема оказания медицинской помощи пациенту.

3.1.3. Рассматривать требования Пациента (Заказчика) и отклонять их, если они противоречат требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения на территории Российской Федерации и Правилам внутреннего распорядка Филиала Госпиталя для больных.

3.1.4. Приостанавливать оказание медицинской услуги в случае:

- нарушения пациентом п.2.2 настоящего договора и «Правил внутреннего распорядка» Филиала госпиталя для больных,
- не выполнения финансовых обязательств, принятых по настоящему Договору. Оказание медицинской помощи возобновляется после возмещения Заказчиком затрат Филиала госпиталя за оказанную медицинскую помощь и внесения на расчетный счет Филиала госпиталя дополнительной оплаты, согласно раздела 4 настоящего Договора.

3.2 Филиал госпиталя обязан:

3.2.1. Обеспечить Пациента (Заказчика) бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о режиме работы Филиала, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, условиях предоставления и их получения, квалификацию и сертификацию специалистов Филиала госпиталя.

3.2.2. Предоставлять Заказчику (Пациенту), оплаченную медицинскую услугу по оказанию первичной врачебной медико-санитарной медицинской помощи по терапии в соответствии со стандартами, утвержденными на территории Российской Федерации.

3.2.3. Производить записи об осмотре Заказчика (Пациента), его диагнозе, назначенном лечении и выданных рекомендациях в амбулаторном журнале, медицинских документах, представленных Заказчиком (Пациентом), или на бланке Филиала госпиталя.

3.2.4. Сохранять конфиденциальность информации о состоянии здоровья Заказчика (Пациента).

3.2.5. Филиал госпиталя освобожден от ответственности за ненадлежащее оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи по терапии за плату в случае действия непреодолимой силы, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством, действующим на территории Российской Федерации.

4. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ ЗА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

4.1. Расчет платы за оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи по терапии, оказываемой по настоящему Договору, определяется в соответствии с настоящим прейскурантом цен, действующим в Филиале госпиталя на момент заключения Договора.

4.2. Оплата по настоящему Договору производится в следующем порядке:

4.2.1. Оплата по настоящему Договору за осмотр врачом-терапевтом на момент его подписания составляет _____

(сумма прописью)

4.2.2. Заказчик (Пациент) подписывает Договор о внесении денежных средств кассу, согласно смете (Прейскурант № 2) Филиала госпиталя подтверждая свое понимание полной стоимости консультации по терапии.

4.2.3. При возникновении необходимости получить в условиях Филиала госпиталя дополнительных услуг в рамках разрешенной первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по рентгенологии, ультразвуковой диагностике, стоматологии ортопедической стоимость услуги определяется по отдельному Договору на предоставление данного вида услуг согласно смете (Прейскуранту № 2) Филиала госпиталя, действующем на момент заключения Договора.

4.2.4. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Заказчиком (Пациентом) наличными средствами либо перечислением денежных средств на счет Филиала госпиталя до начала оказания медицинских услуг Филиалом госпиталя. Заказчику (Пациенту) после оплаты медицинской услуги выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленной медицинской услуги, установленного образца, и акт приема оказанных услуг по договору № (Приложение № 12).

5. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

5.1. Медицинская услуга оказывается Филиалом госпиталя в соответствии с требованиями стандартов оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи по терапии, разрешенных на территории Российской Федерации по месту нахождения Филиала госпиталя по адресу: 143920, Московская область, г. Балашиха, мкр. Купавна, ул. Адмирала Горшкова, дом 4.

5.2. Первичная врачебная медико-санитарная помощь по терапии оказывается Заказчику (Пациенту) амбулаторно при предъявлении документа, подтверждающего личность Заказчика (Пациента) (паспорт), и подписанному Сторонами Договору на выполнение услуги и при выполнении денежных обязательств, принятых по настоящему Договору (п.4.2) и во время, установленное внутренним распорядком для выполнения данного вида услуги начальником Филиала госпиталя.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.

6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств, принятых по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.2. Претензии и споры, возникающие между Заказчиком (Пациентом) и Исполнителем (Филиалом госпиталя), разрешаются по согласованию сторон, в том числе с привлечением независимых экспертов, либо в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации. Все вопросы, связанные с возмещением расходов на привлечение независимых экспертов несет Сторона, привлекающая экспертов.

6.3. Стороны освобождаются от ответственности за исполнение условий Договора в случае возникновения обстоятельств непреодолимой силы.

7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА.

7.1. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обстоятельства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к настоящему Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями сторон.

7.2. Настоящий Договор расторгается в случае отказа Заказчика (Пациента) от медицинской услуги. Отказ Заказчика (Пациента) от получения медицинской услуги оформляется в письменном виде и направляется Исполнителю (Филиалу госпиталя). Исполнитель (Филиал госпиталя) информирует Заказчика (Пациента) о расторжении настоящего Договора, при этом Заказчик (Пациент) оплачивает Исполнителю (Филиалу госпиталя) фактически понесенные Исполнителем (Филиалом госпиталя) расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА.

8.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его

Сторонами и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

8.2. Настоящий Договор составлен в трех экземплярах: один экземпляр для Заказчика (Пациента), два экземпляра – для Исполнителя (Филиала госпиталя), имеющих одинаковую юридическую силу.

8.3. Приложения к настоящему Договору являются неотъемлемой частью и изменяются дополнительным соглашением.

10. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Филиал Госпиталя:

Филиал №3 ФГБУ «ГВКГ им. Н.Н.

Бурденко»

Фактический (почтовый). адрес:

143920, Московская область,

г. Балашиха, мкр. Купавна, ул.

Адмирала Горшкова, дом 4

Адрес местонахождения: 143920,

Пациент и/или Заказчик:

Паспорт: серия _____ номер _____
выдан _____

Дата выдачи _____

Дата рождения: _____

Московская область,
г. Балашиха, мкр. Купавна, ул.
Адмирала Горшкова, дом 4
Банковские реквизиты:
ИНН 7701114305
КПП 501243001
л/с _____

Банк получателя: _____

В назначении платежа указать
КБК _____
БИК _____

Тел.: 8(495) 527-95-00, доб. 462, 388

Факс: 8 (495) 527-91-23

Начальник филиала №3 ФГБУ

«ГВКГ им. Н. Н. Бурденко»

_____/ _____ /
« _____ » _____ 201__ г.

Регистрация (по месту жительства)____

Контактный телефон _____

(подпись) _____ (фамилия) _____
« _____ » _____ 201__ г.

С Правилами оказания платных услуг
и Прейскурантом ознакомлен _____

Доверенное лицо пациента:

Паспорт: серия _____ номер _____
выдан _____,

Дата выдачи _____

Дата рождения: _____

Регистрация (по месту жительства)____

Контактный телефон _____

(подпись) _____ (фамилия) _____
С Правилами оказания платных услуг
и Прейскурантом ознакомлен _____

« _____ » _____ 201__ г.

ФОРМА ДОГОВОРА № _____

на оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях на возмездной (платной) основе.

г. Балашиха

«__» _____ 201__ г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н. Бурденко» Министерства обороны Российской Федерации (Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц за основным государственным регистрационным номером 107739493901, выдано Межрайонной ИФНС России № 46 по г. Москве), имеющий лицензию от 22 января 2019 г. № ФС-99-01-009606 на осуществление медицинской деятельности, выданную Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109074, г. Москва, Славянская площадь, д.4, стр.1, тел: 8-495-698-45-38), и Положение о порядке предоставления медицинской помощи на возмездной (платной) основе, утвержденное приказом начальника филиала № 3 от 15 января 2018 г. № 4, в лице начальника филиала _____, действующего на основании доверенности от 11 января 2019 г. № 12/3/2, именуемое в дальнейшем **Исполнитель (Филиал Госпиталя)** с одной стороны и _____, паспорт: серия _____ номер _____, код подразделения _____ выдан _____

адрес регистрации и фактического проживания: _____

_____, номер телефона +7 () _____, именуемый (ая) в дальнейшем **Заказчик (Пациент)**, и гражданин(ка)

паспорт: серия _____ номер _____, код подразделения _____, выдан _____

адрес регистрации и фактического проживания _____

номер телефона +7 () _____, именуемый (-ая) в дальнейшем, с другой стороны, именуемые совместно и каждый в отдельности **«Стороны»**, заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1. В соответствии с настоящим Договором Исполнитель (Филиал госпиталя) принимает на себя обязательства по оказанию первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях на возмездной (платной) основе Заказчику (Пациенту) _____, отвечающей требованиям, предъявляемым к данному виду услуги на территории РФ в амбулаторных условиях стационара, а Заказчик добровольно берет на себя обязательства оплачивать медицинскую услугу в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ПАЦИЕНТА (ЗАКАЗЧИКА)

2.1. Заказчик (Пациент) имеет право:

2.1.2. Получить квалифицированные медицинские услуги на оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях.

2.1.3. Получить необходимые разъяснения относительно заболевания, предполагаемого лечения и его сроках, ожидаемом результате, а также возможных осложнениях.

2.1.4. Выразить свои пожелания и согласие относительно медицинских услуг по диагностике и манипуляциях, предоставляемых Филиалом госпиталя за отдельную плату согласно имеющейся лицензии на осуществление медицинской деятельности.

2.1.5. Получать сведения о квалификации и сертификации специалиста

2.1.6. Пациент вправе получать от Филиала госпиталя полную и достоверную информацию, включающую в себя сведения о местонахождении Филиала госпиталя (его государственной регистрации), режиме работы, перечня оказываемых медицинских услуг с указанием их стоимости и условиях их предоставления.

2.1.7. Самостоятельно, после назначения с лечащим врачом, приобретать расходные материалы и лекарственные средства, за качество которых исполнитель ответственность не несет.

2.2. Заказчик (Пациент) обязуется:

2.2.1. Выполнять все рекомендации врача Филиала госпиталя, оказывающему ему медицинскую услугу по настоящему Договору, в том числе рекомендации после проведенного лечения.

2.2.2. Предоставлять Филиалу госпиталя имеющуюся информацию и медицинские документы, обеспечивающие качественное оказание медицинской услуги.

2.2.3. Информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, медикаментозных противопоказаниях.

2.2.4. Заказчик (Пациент) обязан подписать информированное согласие об отказе получения выбранных им медицинских услуг за счет государственных средств в рамках Программ государственных гарантий оказания гражданам

Российской Федерации бесплатной медицинской помощи по месту жительства и основного медицинского прикрепления (Приложение № 1 к настоящему договору).

2.2.5. Оплатить стоимость услуги в соответствии с условиями Договора (п.4.2), по ценам, утвержденным прейскурантом на день подписания настоящего Договора.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ФИЛИАЛА ГОСПИТАЛЯ.

3.1 Филиал Госпиталя имеет право:

3.1.1. Определить длительность лечения, объем рекомендованных пациенту дополнительных диагностических исследований для установления диагноза.

3.1.2. В случае возникновения неотложного состояния, угрожающего жизни пациента, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, консультаций других специалистов, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза и необходимого объема оказания медицинской помощи пациенту.

3.1.3. Рассматривать требования Пациента (Заказчика) и отклонять их, если они противоречат требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения на территории Российской Федерации и Правилам внутреннего распорядка Филиала Госпиталя для больных.

3.1.4. Приостанавливать оказание медицинской услуги в случае:

- нарушения пациентом п.2.2 настоящего договора и «Правил внутреннего распорядка» Филиала госпиталя для больных,

- не выполнения финансовых обязательств, принятых по настоящему Договору. Оказание услуги возобновляется после возмещения Заказчиком затрат Филиала госпиталя за оказанную медицинскую помощь и внесения на расчетный счет Филиала госпиталя дополнительной оплаты, согласно раздела 4 настоящего Договора.

3.2 Филиал госпиталя обязан:

3.2.1. Обеспечить Пациента (Заказчика) бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о режиме работы Филиала, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, условиях предоставления и их получения, квалификацию и сертификацию специалистов Филиала госпиталя.

3.2.2. Предоставлять Заказчику (Пациенту), оплаченную медицинскую услугу по оказанию первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в соответствии со стандартами, утвержденными на территории Российской Федерации.

3.2.3. Производить записи об осмотре Заказчика (Пациента), его диагнозе, назначенном лечении и выданных рекомендациях в амбулаторном журнале, медицинских документах, представленных Заказчиком (Пациентом), или на бланке Филиала госпиталя.

3.2.4. Сохранять конфиденциальность информации о состоянии здоровья Заказчика (Пациента).

3.2.5. Филиал госпиталя освобожден от ответственности за ненадлежащее оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях за плату в случае действия непреодолимой силы, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством, действующим на территории Российской Федерации.

4. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ ЗА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ

4.1. Расчет платы за оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, оказываемой по настоящему Договору, определяется в соответствии с настоящим прейскурантом цен, действующим в Филиале госпиталя на момент заключения Договора.

4.2. Оплата по настоящему Договору производится в следующем порядке:

4.2.1. Оплата по настоящему Договору за оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях на _____ момент _____ его _____ подписания составляет _____

(сумма прописью)

4.2.2. Заказчик (Пациент) подписывает Договор о внесении денежных средств кассу, согласно смете (Прейскурант № 2) Филиала госпиталя подтверждая свое понимание полной стоимости медицинской услуги.

4.2.3. При возникновении необходимости получить в условиях Филиала госпиталя дополнительных услуг в рамках разрешенной первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях стоимость услуги определяется по отдельному Договору на предоставление данного вида услуг согласно смете (Прейскуранту № 2) Филиала госпиталя, действующем на момент заключения Договора.

4.2.4. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Заказчиком (Пациентом) наличными средствами либо перечислением денежных средств на счет Филиала госпиталя до начала оказания медицинских услуг Филиалом госпиталя. Заказчику (Пациенту) после оплаты медицинской услуги выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленной медицинской услуги, установленного образца, и акт приема оказанных услуг по договору № (Приложение № 12).

5. ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

5.1. Медицинская услуга оказывается Филиалом госпиталя в соответствии с требованиями стандартов оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, разрешенных на территории Российской Федерации по месту нахождения Филиала госпиталя по адресу: 143920, Московская область, г. Балашиха, мкр. Купавна, ул. Адмирала Горшкова, дом 4.

5.2. Первичная специализированная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях оказывается Заказчику (Пациенту) амбулаторно при предъявлении документа, подтверждающего личность Заказчика (Пациента) (паспорт), и подписанному Сторонами Договору на выполнение услуги и при

выполнении денежных обязательств, принятых по настоящему Договору (п.4.2) и во время, установленное внутренним распорядком для выполнения данного вида услуги начальником Филиала госпиталя.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.

6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств, принятых по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.2. Претензии и споры, возникающие между Заказчиком (Пациентом) и Исполнителем (Филиалом госпиталя), разрешаются по согласованию сторон, в том числе с привлечением независимых экспертов, либо в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации. Все вопросы, связанные с возмещением расходов на привлечение независимых экспертов несет Сторона, привлекающая экспертов.

6.3. Стороны освобождаются от ответственности за исполнение условий Договора в случае возникновения обстоятельств непреодолимой силы.

7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА.

7.1. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обстоятельства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к настоящему Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями сторон.

7.2. Настоящий Договор расторгается в случае отказа Заказчика (Пациента) от медицинской услуги. Отказ Заказчика (Пациента) от получения медицинской услуги оформляется в письменном виде и направляется Исполнителю (Филиалу госпиталя). Исполнитель (Филиал госпиталя) информирует Заказчика (Пациента) о расторжении настоящего Договора, при этом Заказчик (Пациент) оплачивает Исполнителю (Филиалу госпиталя) фактически понесенные Исполнителем (Филиалом госпиталя) расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА.

8.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

8.2. Настоящий Договор составлен в трех экземплярах: один экземпляр для Заказчика (Пациента), два экземпляра – для Исполнителя (Филиала госпиталя), имеющих одинаковую юридическую силу.

8.3. Приложения к настоящему Договору являются неотъемлемой частью и изменяются дополнительным соглашением.

11. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Филиал Госпиталя:

Филиал №3 ФГБУ «ГВКГ им. Н.Н.

Бурденко»

Фактический (почтовый) адрес:

143920, Московская область,

г. Балашиха, мкр. Купавна, ул.

Адмирала Горшкова, дом 4

Адрес местонахождения: 143920,

Московская область,

г. Балашиха, мкр. Купавна, ул.

Адмирала Горшкова, дом 4

Банковские реквизиты:

ИНН 7701114305

КПП 501243001

л/с _____

Банк получателя:

В назначении платежа указать

КБК

БИК _____

Тел.: 8(495) 527-95-00, доб. 462, 388

Факс: 8 (495) 527-91-23

Начальник филиала №3 ФГБУ

«ГВКГ им. Н. Н. Бурденко»

_____/ _____ /

« _____ » _____ 201__ г.

Пациент и/или Заказчик:

Паспорт: серия _____ номер _____

выдан _____

Дата выдачи _____

Дата рождения: _____.

Регистрация (по месту жительства):

Контактный

телефон _____

(подпись) _____ (фамилия)

« _____ » _____ 201__

С Правилами оказания платных услуг

и Прейскурантом ознакомлен

Доверенное лицо пациента:

Паспорт: серия _____ номер _____

выдан _____

Дата выдачи _____

Дата рождения: _____.

Регистрация (по месту жительства):

Контактный телефон _____

(подпись) _____ (фамилия)

С Правилами оказания платных услуг

и Прейскурантом ознакомлен

« _____ » _____ 201__ г.

НАПРАВЛЕНИЕ
на обследование (осмотр)
№ _____ от _____

Ф.И.О. пациента _____

Дата рождения _____

№ п/п	Шифр мед. услуги	Наименование мед. услуги	Кол- во	Исполнители (личный код)	
				врач	медсестра

Сформировал направление врач _____
 Заведующий отделением страховой медицины _____
 Заместитель начальника филиала госпиталя _____
 по медицинской части _____

**Медицинская карта №
амбулаторного приема пациента на платной основе**

1. Дата проведения исследования _____
2. Фамилия, имя, отчество _____
3. Пол: _____
4. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____
5. СНИЛС: _____
6. Договор № _____ от « ____ » _____ 20 _____ г.
7. Посещение: первичное, повторное
8. Вид исследования _____

Описание результатов исследования:

Заключение: _____

Врач _____ / _____

Медицинская карта №
амбулаторного приема пациента на платной основе

9. Дата заполнения: _____
10. Фамилия, имя, отчество _____
11. Пол: _____
12. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____
13. СНИЛС: _____
14. Договор № _____ от « _____ » _____ 20 _____ г.
15. Посещение: первичное, повторное

Жалобы: _____

Анамнез заболевани: _____

Анамнез жизни:

Эпидемиологический анамнез: _____

Наследственность _____

Аллергологический анамнез: _____

Вредные привычки: _____

Объективные данные:

Данные физического развития: рост: _____, вес: _____

Положение больного: _____

Органы кровообращения:

Область сердца: _____ П

ульс: _____, АД _____

Ритм _____

Аускультация сердца: _____

Органы дыхания:

Частота дыхательных движений _____

Перкуторный звук над легкими: _____

Аускультация легких: _____

Органы пищеварения: _____

Мочеполовая система: _____

Лабораторные исследования _____

Функциональные исследования _____

Данные прочих исследований (КТ, МРТ, УЗИ и т.д) _____

Диагноз: _____

Код МКБ: _____

Рекомендации: _____

Врач консультант _____ / _____

Дата: _____