**Уведомление потребителя:**

Несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя. (Постановление Правительства РФ от 04.10.2012г. №1006).

**« » 20 г. /**  **Подпись ФИО**

**ДОГОВОР№**

**возмездного оказания медицинских работ (услуг)**

**при осуществлении медицинской помощи**.

**г. Ростов-на-Дону « » 20 г.**

ООО «Первый Ростовский Хоспис» (адрес местоположения г. Ростов-на-Дону, ул. Тракторная, д. 48, литер Б; ИНН 6165151620, ОГРН **1086165007015** (выдан 18.10.2008 г., инспекцией ФНС России по Октябрьскому району г. Ростова-на-Дону), лицензия **ЛО-61-01-003272 от 20.01.2014 г.** (выдана Министерством здравоохранения РО), ***Наименование работ услуг:***

*При осуществлении доврачебной медицинской помощи по: медицинскому массажу, сестринскому делу, физиотерапии. При осуществлении стационарной медицинской помощи, в том числе: а) при осуществлении первичной медико-санитарной помощи по: неврологии, терапии; в) при осуществлении специализированной медицинской помощи по онкологии. При оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: гастроэнтерологии, гериатрии, дерматовенерологии, кардиологии, мануальной терапии, медицинской статистике, неврологии, нефрологии, онкологии, организации здравоохранении и общественному здоровью, пульмонологии, ревматологии, рефлексотерапии, терапии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, физиотерапии, функциональной диагностике, эндокринологии. При оказании паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях по: кардиологии, неврологии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, сестринскому делу, терапии, управлению сестринской деятельностью. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: временной нетрудоспособности.*

***Лицензирующий орган – Министерство здравоохранения Ростовской области, г. Ростов-на-Дону, ул. 1-й Конной Армии, д. 33; тел: /863/ 223-77-91, 242-30-96;***

в лице директора Стадниковой Светланы Владимировны, действующего на основании доверенности № б/н от 15.07.2016 г. именуемый в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(указывается полностью фамилия, имя, отчество, телефон Заказчика ),** зарегистрирован(а) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, также вместе именуемые в дальнейшем - **Стороны** заключили настоящий договор о нижеследующем:

**Понятия, используемые в настоящем Договоре**

Для целей настоящего Договора используются следующие основные понятия:

**платные медицинские услуги** - 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;

**паллиативная медицинская помощь –** это комплекс медицинских вмешательств, призванных улучшить качество жизни (пациентов), когда возможности лечения ограниченны или исчерпаны.

**пациент** - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального [закона](consultantplus://offline/ref=7C4B171DC9CB207BC5F436F43E0D48D5BA45280942B35836D8384624B5d9UAF) от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

**заказчик** - физическое (юридическое) лицо, приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу пациента;

**исполнитель** - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги потребителям (пациентам).

1. **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. **Заказчик** поручает, а **Исполнитель** обязуется оказывать **на возмездной основе** паллиативную медицинскую помощь (далее медицинские услуги) в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья поступившему пациенту при осуществлении стационарной медицинской помощи в условиях стационара – ООО «Первый Ростовский Хоспис» пациенту:

**Ф.И.О.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, а Заказчик добровольно принимает на себя обязательство оплачивать оказанные медицинские услуги в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором.

1.2. Заказчик по своей инициативе поручает и оплачивает, а Исполнитель оказывает платные медицинские услуги Заказчику, согласно Прейскуранту действующему на момент заключения договора.

Под платными медицинскими услугами, оказываемыми по настоящему договору, понимается:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.3. Увеличение объема оказываемых Исполнителем и дополнительно оплачиваемых Заказчиком медицинских услуг по сравнению с перечисленными в п 1.2 настоящего договора возможно только с письменного согласия Заказчика.

1.4 В соответствии с настоящим Договором Исполнитель обязуется оказать своими силами услуги по организации питания пациента согласно требованиям Постановления Главного государственного санитарного врача РФ от 18.05.2010 N 58(ред. от 10.06.2016)  
"Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность", Постановления Главного государственного санитарного врача РФ от 08.11.2001 N 31 (ред. от 10.06.2016)"О введении в действие санитарных правил", Постановления Главного государственного санитарного врача РФ от 13.07.2001 N 18(ред. от 27.03.2007)"О введении в действие Санитарных правил - СП 1.1.1058-01".

1.5 Плательщиком по настоящему договору является **Заказчик\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**Либо лицо, указанное Заказчиком (Степень родства, Ф И О, адрес прописки, телефон)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2.ПОРЯДОК ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ.**

2.1. Стоимость медицинских услуг, указанных в п 1.2 настоящего договора составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей в день.

2.2. Оплата Заказчиком полученных мед. услуг осуществляется в следующем порядке:

* При госпитализации пациента вносится аванс, за адаптационный период, в размере \_\_\_\_\_\_\_\_ дневного пребывания больного в стационаре, что составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Последующее пребывание пациента в Хосписе, может быть оплачено частями, либо единой суммой в каждый последний рабочий день текущего месяца. В последний день текущего месяца бухгалтерией организации составляется акт оказанных медицинских услуг, который подписывается с обеих сторон. Сумма очередного платежа будет составлять разницу между суммой, прописанной в акте и авансами, оплаченными Заказчиком в течение месяца. Платежи могут осуществляться наличным и безналичным способом. Наличными денежными средствами, путем внесения их в кассу Исполнителя, или безналичным, путем перечисления на расчетный счет Исполнителя через учреждения банков. При этом обязательства Заказчика по оплате мед. услуг считаются исполненными в размере внесенных денежных средств, в момент внесения наличных денежных средств Исполнителю, либо в кредитную организацию.
* Окончательный расчет за оказанные мед. услуги, производится при выбытии пациента . Общая сумма договора прописывается в приложении № 1 к настоящему договору. Сумма окончательного расчета за оказанные мед. услуги по договору определяется как разница между общей суммой договора и оплаченными авансовыми платежами.

2.3. В случае, если в соответствии с п 1.3. настоящего договора увеличивается объем оказанных медицинских услуг, Заказчик осуществляет доплату, при этом письменно составляется дополнительное приложение к договору, в котором описываются дополнительные мед. услуги и порядок их оплаты.

2.4. В случае досрочного расторжения настоящего договора по желанию Заказчика (когда это не связано с неисполнением или ненадлежащим исполнением Исполнителем условий настоящего договора) внесенная им оплата возвращается за вычетом стоимости уже оказанных Исполнителем услуг.

**3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

**3.1. Исполнитель обязан:**

3.1.1. Обеспечить предоставление медицинских услуг с использованием методов, разрешенных на территории РФ

3.1.2. Предоставлять Заказчику по его письменному заявлению требуемую действующим законодательством информацию, в т. ч. копии медицинских документов.

3.1.3. Получить предварительное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, ознакомив Заказчика (его представителя) с диагнозом заболевания пациента. Исполнитель предоставляет по требованию Заказчика (его представителя) информацию: о состоянии здоровья пациента, включая сведения о результатах обследования, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения.

3.1.4. Информировать о том, что пациент вправе получить бесплатную медицинскую помощь по оказываемому виду медицинской услуги в муниципальных, областных, краевых и республиканских учреждениях своего региона по месту регистрации (в соответствии с программой гос­гарантий гражданам РФ бесплатной медицинской помощи).

3.1.5. Оказывать предусмотренные настоящим договором медицинские услуги в течение срока, указанного в разделе 5 настоящего договора.

3.1.6. Соблюдать врачебную тайну (за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством)

3.1.7 Нести ответственность в установленном законом порядке за обоснованность, качество, объем и порядок оказания медицинских услуг, гарантировать соблюдение прав Пациента и Заказчика.

3.2 В рамках настоящего Договора **Исполнитель обязуется**:

3.2.1 В соответствии с п.п.14.5, 14.9, 14.13 Постановления Главного государственного санитарного врача РФ от 18.05.2010 N 58(ред. от 10.06.2016)"Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность" обеспечивать соблюдение условий качества питания и требования к организации питания пациента, требования к пищевым продуктам, учитывать основные принципы и нормы лечебного питания на одного больного, осуществлять выдачу готовой пищи только после снятия пробы.

3.2.2 Исполнитель обязан соблюдать Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 08.11.2001 N 31(ред. от 10.06.2016)"О введении в действие санитарных правил" - ( далее СанПиН 2.3.6.1079-01") , в том числедля предотвращения возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) в организации запрещается принимать и использовать продукты, перечисленные в п. 7.8 данных санитарных правил.

3.2.3 В соответствии с требованиями СанПиН 2.3.6.1079-01 п.п. 9.9,9.10 к раздаче блюд и отпуску полуфабрикатов и кулинарных изделий Исполнитель обязан соблюдать данные правила.

3.2.4 В соответствии с [правилами](consultantplus://offline/ref=C4ACB147687A314268291C79E894B7B2F5F1BF89C913EED2FC9020FCF1C7AC1228ECF9AC6E915DvBC4R) "Организации и проведения производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий. СП 1.1.1058-01" Исполнитель обязан организовать производственный контроль.

3.2.5 В соответствии с п.15.1 гл. xv СанПиН 2.3.6.1079-01 Исполнитель обязан выполнять требования к соблюдению санитарных правил.

**3.3. Исполнитель вправе:**

3.3.1. Получать от Заказчика информацию и медицинскую документацию, необходимую для качественного оказания медицинских услуг пациенту по настоящему договору.

3.3.2. Требовать от Заказчика определенного поведения, обеспечивающего качественное предоставление медицинских услуг пациенту.

3.3.3. Требовать от Заказчика соблюдения всех условий настоящего договора.

3.3.4 В случае возникновения неотложных состояний, характеризующихся невозможностью высказать свою волю Пациентом, Исполнитель имеет право самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе не предусмотренной договором.

**3.4.Заказчик обязан:**

3.4.1. Оплатить предоставляемые услуги в соответствии с условиями раздела 2 настоящего договора.

3.4.2. Выполнять требования лечащего врача, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, включая сообщение необходимой для этого информации (информации о состоянии здоровья Пациента, о перенесенных заболеваниях и известных ему аллергических реакциях), предоставление необходимой медицинской документации.

3.4.3 Надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению настоящего Договора.

**3.5.Заказчик вправе:**

3.5.1. Требовать от Исполнителя предоставления медицинских услуг надлежащего качества и организации питания пациента в соответствии с условиями настоящего договора .

3.5.2. Требовать от Исполнителя предоставления информации об оказываемых им платных медицинских услугах, а так же копий медицинской документации.

3.5.3. Не оплачивать дополнительных медицинских услуг, предоставление которых не было согласовано с ним.

3.5.4. Требовать соблюдения Исполнителем сроков предоставления медицинских услуг, указанных в настоящем договоре.

3.5.5 Выбора врача из числа сотрудников Исполнителя, с учетом его согласия.

3.5.6. Заказчик согласен на обработку своих персональных данных.

3.5.7 Заказчику разъяснена и понятна информация о возможности и условиях предоставления пациенту бесплатных медицинских услуг, в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Заключая настоящий договор. Заказчик использует право, данное статьей 84 "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" от 21 ноября 2011г. №323 и выбирает платное оказание услуг, предусмотренных программой государственных гарантий на добровольной основе для достижения лучших результатов лечения.

**4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ.**

4.1**.** Исполнитель несет, предусмотренную настоящим договором и действующим законодательством РФ ответственность за невыполнение или ненадлежащее выполнение условий настоящего договора.

4.2 Вред, причиненный жизни или здоровью пациенту в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации. Исполнитель освобождается от ответственности за ненадлежащее исполнение своих обязанностей по Договору, если докажет, что это произошло вследствие обстоятельств непреодолимой силы, нарушения Заказчиком своих обязанностей или по другим основания, предусмотренным законодательством.

**5. СРОКИ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА.**

**ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.**

5.1. Настоящий договор действует с момента его подписания обеими сторонами.

5.2. Настоящий договор заключен сроком на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

5.3. Настоящий договор может быть расторгнут досрочно:

5.3.1 В связи с нарушением Исполнителем или Заказчиком условий настоящего договора.

5.3.2 По инициативе Исполнителя, в случаях:

- выявления противопоказаний к исполнению медицинской услуги ;

- в интересах здоровья пациента, в случаях развития или выявления в процессе обследования (лечения) состояний, требующих госпитализации в специализированные хирургические, терапевтические, травматологические, инфекционные и другие отделения для проведения адекватной специализированной медицинской помощи.

При расторжении Договора по инициативе Исполнителя Заказчику возвращается произведенная оплата стоимости медицинских услуг за вычетом стоимости уже выполненных Исполнителем по настоящему Договору медицинских услуг.

* + 1. По инициативе Заказчика в письменном виде. При досрочном расторжении договора Заказчик обязан произвести оплату предоставленных на момент расторжения Договора медицинских услуг.

5.4. Досрочное расторжение, изменения и дополнения настоящего договора производятся в письменной форме по соглашению сторон.

5.5. Споры, возникшие у Сторон в связи с исполнением настоящего Договора при не достижении ими соглашения разрешаются врачебной комиссией Исполнителя при согласии обеих сторон, а при не достижении согласия в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством РФ, рекомендовано с соблюдением досудебного претензионного порядка урегулирования спора и сроков рассмотрения претензии – 10 дней.

**6.Заключительные положения.**

6.1 Заключая настоящий Договор, Заказчик подтверждает добровольное согласие на предоставление медицинской услуги пациенту, не имея специальных познаний в медицинской области, на основе полученной в доступной форме информации от сотрудников Исполнителя: о достоверных характеристиках, применяемых в лечении препаратов, о методе лечения, связанном с ним риске, его последствиях, результатах и прогнозе, альтернативных методах диагностики и лечения.

До заключения настоящего Договора Заказчик уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников Исполнителя, предоставляющих Заказчику платные медицинские услуги, в том числе назначенного режима лечения пациенту, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента .

6.2 По всем вопросам, не урегулированным в настоящем договоре, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

6.3. Договор составлен в двух экземплярах, при заключении договора от третьих лиц в трех экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

6.4.Неотъемлемой частью договора является акт (акты) оказанных услуг, за весь период нахождения Заказчика в Хосписе.

**«ИСПОЛНИТЕЛЬ» «ЗАКАЗЧИК»**

|  |  |
| --- | --- |
| **ООО «Первый Ростовский Хоспис»**  **344064, г. Ростов-на-Дону, ул. Тракторная, д. 48, литер Б**  **ИНН/КПП: 6165151620 /616501001**  **ОГРН: 1086165007015, ОКПО: 89206384, ОКВЭД: 85.1**  **Р/счет 40702810330090001239 В Южном филиале ЗАО «Банк Интеза» г. Ростов-на-Дону**  **к/счет 30101810900000000266 БИК 046027266** | **ФИО**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Адрес проживания:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Паспортные данные:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Контактные телефоны:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Директор**   **Заказчик /Представитель пациента** (СтепеньРодства)

**/ Стадникова С.В. /**  /  **\_\_\_\_\_\_\_**

(подпись) (Ф.И.О.) (подпись)(Ф.И.О.)

**Приложение № 1**

**к договору**

**о предоставлении медицинских услуг**

**№ от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.**

**ПРЕЙСКУРАНТ:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование мед. услуги | Единица измерения | Стоимость, в руб. |
| 1. | Пребывания на койке круглосуточного ухода | 1 день |  |

Сумма прописью: **Одна тысяча \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей.**

Проведено в отделении, дней \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата выбытия ( )

Общая сумма договора: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ИСПОЛНИТЕЛЬ**  **Заказчика /Представитель пациента** (Степень Родства)

**Директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_ /Стадникова С.В./** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

**Приложение № 2 к договору № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.**

**Информированное добровольное согласие**

**пациента на условия пребывания в ООО «Первый Ростовский Хоспис»**

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

(фамилия, имя, отчество - полностью)

года рождения, проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(число, месяц, год)

Паспорт: , выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ф3 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» добровольно даю информированное согласие на медицинское вмешательство в форме: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Неблагоприятные последствия отказа от медицинского вмешательства, при данных обстоятельствах, мне разъяснены в доступной форме.

* Я понимаю необходимость проведения вышеуказанного медицинского вмешательства, информирован (информирована) о возможных побочных осложнениях, обусловленных биологическими особенностями организма, о последствиях и связанными с ними рисками. Включая не зависящие от соблюдения применяемой технологии (т.е. о непреднамеренном причинении вреда здоровью). В таком случае я согласен (согласна) на то, что ход медицинского вмешательства может быть изменен врачами по их усмотрению.
* Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, принимаемых лекарственных средствах. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.
* Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно­охранительного режима, установленного в данном стационаре и обязуюсь их соблюдать;
* Мне разъяснена возможность проведения медицинского вмешательства на безвозмездной основе в муниципальном учреждении здравоохранения. Я согласен (согласна) оплатить услугу, и получил (получила) информацию о стоимости медицинского вмешательства, о правилах её оплаты и документах, подтверждающих этот факт.
* Я предупрежден (предупреждена) и осознаю; что отказ от указанных выше видов медицинских вмешательств, несоблюдение рекомендаций медицинских работников, лечебно-охранительного режима, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;
* Я имел (имела) возможность задать интересующие меня вопросы врачу перед медицинским вмешательством.
* Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на указанные виды медицинских вмешательств.

« » 20 г. Заказчик / \_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись пациента/представителя)

Подписался в моем присутствии:

**Директор: Стадникова С.В.**

(должность, ФИО)

**Приложение № 3**

**к договору № \_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.**

***Согласие***

***на обработку персональных данных при получении медицинской помощи в ООО «Первый Ростовский Хоспис»***

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

(Ф.И.О. полностью)

Проживающий(щая) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

(место регистрации)

паспорт: серия \_ номер , выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата, название выдавшего органа)

в соответствии с требованиями статьи 9 №152 –ФЗ от 27.07.06 г. «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Первый Ростовский Хоспис» (далее – «Исполнитель») моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты паспорта, полиса ДМС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания «Исполнителем» мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим лицам «Исполнителя», в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю «Исполнителю» право осуществлять все действия (операции) с моими (персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. «Исполнитель» вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных донных (документов) по договору ДМС.

«Исполнитель» имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организации с использованием электронных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Передача моих персональных данных иными лицами или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной на период наблюдения в ООО «Первый Ростовский Хоспис», а также на период хранения моих персональных данных, соответствующий сроку хранения первичных медицинских документов и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес «Исполнителя» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю «Исполнителя».

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных «Исполнитель» обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный(е) телефон(ы):

« » 20 г.

(подпись) (Ф.И.О. лица давшего согласие)

В соответствии со статьей 13 ФЗ РФ от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» конфиденциальность передаваемых сведений гарантирую:

**Директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Стадникова С.В.**

**Приложение № 4**

**к договору № \_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г**.

***Согласие***

***на обработку моих персональных данных при госпитализации моего родственника***

***в ООО «Первый Ростовский Хоспис»***

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

(Ф.И.О. полностью) (дата рождения)

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

(Адрес прописки)

в соответствии с требованиями статьи 9 №152 –ФЗ от 27.07.06 г. «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Первый Ростовский Хоспис» (далее – «Исполнитель») моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты паспорта..

Предоставляю «Исполнителю» право осуществлять все действия (операции) с моими (персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. «Исполнитель» вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных донных.

«Исполнитель» имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с использованием электронных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Передача моих персональных данных иными лицами или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной на период нахождения моего родственника в ООО «Первый Ростовский Хоспис», а также на период хранения моих персональных данных, соответствующий сроку хранения первичных медицинских документов и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес «Исполнителя» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю «Исполнителя».

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных «Исполнитель» обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный(е) телефон(ы):

« » 20 г.

(подпись) (Ф.И.О. лица давшего согласие)

В соответствии со статьей 13 ФЗ РФ от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» конфиденциальность передаваемых сведений гарантирую:

**Директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Стадникова С.В.**