

ДОГОВОР № П \_\_\_\_\_  
на оказание платных медицинских услуг

г. Хабаровск

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2023г.

1. Основные понятия

1.1 В рамках настоящего договора используются следующие основные понятия:

**"Платные медицинские услуги"** - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования (далее - договор);

**"Потребитель"** - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором.

**Потребитель**, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

**"Заказчик"** - физическое лицо, заказывающее (приобретающее) медицинские услуги на условиях настоящего Договора в свою пользу или в пользу третьего лица.

**"Законные представители физических лиц"** Законными представителями физического лица являются его родители, усыновители, опекуны или попечители. Родственные связи или соответствующие полномочия лиц, являющихся законными представителями физического лица, удостоверяются документами, предусмотренными законом.

**"Исполнитель"** - медицинская организация Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями" министерства здравоохранения Хабаровского края действующее на основании свидетельства о внесении записи в ЕГРЮЛ серия 27 № 002202183, выданного ИФНС по Железнодорожному району г. Хабаровска 18.02.2013 г. (ОГРН 21327324018810, ИНН 2721009067), оказывающая платные медицинские услуги в соответствии с договором.

1.2 Платные медицинские услуги (работы) предоставляются Исполнителем на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-01189-27/00336260 от 27.11.2019 (срок действия – бессрочно), выданной Министерством здравоохранения Хабаровского края (г. Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, д. 32, телефон +7(4212) 40-25-24)

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями" министерства здравоохранения Хабаровского края, именуемого в дальнейшем "Исполнитель в лице сотрудника медицинской организации \_\_\_\_\_, действующего на основании приказа № 86-А от 28.08.2023г., с одной стороны, и

\_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_, именуемый (ая) в дальнейшем Заказчик, предъявлен документ, удостоверяющий личность (Паспорт \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_ г.),

\_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_, именуемый (ая) в дальнейшем Потребитель, предъявлен документ, удостоверяющий личность (Паспорт \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_ г.), с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**2. Предмет договора**

2.1. По настоящему договору Исполнитель обязуется за плату предоставить Потребителю (Заказчику) по его желанию и с его информированного согласия с учётом медицинских показаний, в соответствии с утвержденным Исполнителем Перечнем платных услуг и тарифов, услуги по оказанию медицинской помощи (комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг), перечисленные в Приложении № 6 «Спецификация медицинских услуг, оказываемых гражданам на платной основе», являющейся неотъемлемой частью настоящего договора (далее – медицинские услуги).

2.2. Потребитель (Заказчик) обязуется оплатить медицинские услуги на условиях настоящего договора.

2.3. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором, указан в утвержденном Исполнителем «Перечне платных услуг и тарифов», размещенном для свободного ознакомления Потребителя (Заказчика) на сайте Исполнителя в сети Интернет, а также на информационных стендах (стойках) Исполнителя. Перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией указан в Приложении № 6 «Спецификация медицинских услуг, оказываемых гражданам на платной основе»

**3. Условия, сроки и порядок предоставления медицинских услуг**

3.1. Исполнитель оказывает за плату медицинские услуги в соответствии с перечнем работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией: - При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу, вакцинации (проведению профилактических прививок), дезинфектологии, лабораторной диагностике, лечебному делу, медицинской статистике, операционному делу, организации сестринского дела, паразитологии, сестринскому делу, функциональной диагностике, эпидемиологии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), педиатрии, терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), аллергологии и иммунологии, бактериологии, вирусологии, гастроэнтерологии, дезинфектологии, дерматовенерологии, инфекционным болезням, клинической лабораторной диагностике, клинической фармакологии, неврологии, нефрологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, психиатрии – наркологии, ультразвуковой диагностике, фтизиатрии, функциональной диагностике, эпидемиологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: гастроэнтерологии, дезинфектологии, инфекционным болезням, неврологии, психиатрии-наркологии.

При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги):

при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию на выявление ВИЧ-инфекции, медицинскому освидетельствованию на наличие инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа иностранным гражданам и лицам без гражданства в выдаче либо аннулировании разрешения на временное проживание, или вида на жительство, или разрешения на работу в Российской Федерации; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности.

3.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем по предварительной записи (запись на сайте Исполнителя, запись по телефону, запись в регистратуре Исполнителя, в том числе непосредственно в момент обращения за предоставлением услуги) Потребителя (Заказчика), по предъявлении паспорта (или иного документа удостоверяющего личность Потребителя (Заказчика) в соответствии с законодательством Российской Федерации либо анонимно.

3.3. Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Заказчику) медицинские услуги в течение 30 календарных дней с момента оплаты Потребителем (Заказчиком) медицинских услуг.

При несоблюдении Потребителем (Заказчиком) указаний (рекомендаций) Исполнителя, а также в случае, когда невозможность исполнения возникла по обстоятельствам, за которые ни одна сторона не отвечает, по письменному соглашению сторон срок оказания услуги может быть продлен. В противном случае договор подлежит расторжению. Изменение и расторжение договора осуществляется в соответствии с требованиями раздела 6 настоящего Договора.

3.4. Потребитель (Заказчик) оплачивает оказываемую медицинскую услугу посредством наличных или безналичных расчетов в соответствии с законодательством Российской Федерации. При использовании наличной формы расчетов оплата товаров (работ, услуг) потребителем производится в соответствии с указанием Исполнителя путем внесения наличных денежных средств Исполнителю.

3.5. Исполнитель оказывает медицинские услуги после получения 100% предоплаты, что удостоверяется контрольно-кассовым чеком, квитанцией или иным бланком строгой отчетности (документ установленного образца). Стоимость и объем оказываемых Заказчику услуг указана в Приложении № 6 «Спецификация медицинских услуг, оказываемых гражданам на платной основе», которая является неотъемлемой частью договора

Потребителю (Заказчику) в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца).

**Электронный чек** будет отправлен смс оповещением на предоставленный номер телефона \_\_\_\_\_.

3.6. Услуги оказываются в соответствии с графиком работы специалистов, установленным Исполнителем.

3.7. Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе Потребителя (Заказчика) в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

3.8. Правила предоставления платных медицинских услуг, утвержденные Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736, в наглядной и доступной форме доведены до сведения Потребителя (Заказчика). Указанные правила размещены на сайте в сети Интернет, стендах, в регистратурах Исполнителя.

3.9. Исполнителем после исполнения услуги по договору подписывается акт-приема передачи услуги в двух экземплярах. Потребителю (Заказчику) после подписания акт-приема передачи услуги выдаются медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов, результаты лабораторных исследований), отражающие состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, при предъявлении паспорта (или иного документа удостоверяющего личность Потребителя (Заказчика) в соответствии с законодательством Российской Федерации либо доверенности, удостоверенной в соответствии с действующим законодательством.

3.10. Если в процессе предоставления платных медицинских услуг потребуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных данным договором, Исполнитель предупреждает об этом Потребителя (Заказчика). При письменном согласии Потребителя (Заказчика) Исполнитель предоставляет Потребителю (Заказчику) необходимые дополнительные платные медицинские услуги, которые последний обязуется оплатить.

3.11. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

3.12. Исполнитель предоставляет медицинские услуги соответствующие условиям договора и требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.

3.13. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (Заказчика), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, в том числе информированное согласие на проведение обследования на ВИЧ-инфекцию.

3.14. Исполнитель предоставляет Потребителю (Заказчику) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах оказания медицинской помощи, их эффективности и связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.

- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

3.15. Исполнитель, при оказании медицинских услуг, соблюдает установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

#### **4. Права и обязанности сторон**

##### **4.1. Исполнитель обязуется:**

4.1.1. Предоставлять платные медицинские услуги с соблюдением порядков оказания медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

4.1.2. Предупреждать Потребителя (Заказчика) о возможных осложнениях, возникающих в процессе проведения диагностических и лечебных процедур.

4.1.3. Применять при оказании медицинских услуг разрешенные к применению в Российской Федерации лекарственные препараты, медицинские изделия, дезинфекционные, дезинсекционные и дератизационные средства.

4.1.4. После исполнения услуги по договору подписывается акт-приема передачи услуги в двух экземплярах.

4.1.5. После подписания акта-приема услуг Исполнитель выдает Потребителю (Заказчику) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг. **Оригинал медицинской карты амбулаторного больного является собственностью Исполнителя.**

4.1.6. Медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя выдаются Исполнителем при наличии документа, удостоверяющего личность и оригинала настоящего договора.

4.1.7. Не допускать разглашения сведений, составляющих врачебную тайну, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством.

4.1.8. Уведомить Потребителя (Заказчика), что данная услуга входит в программу ОМС и может оказываться бесплатно в ЛПУ по месту прикрепления или временного пребывания или не предусмотрена программой ОМС.

4.1.9. Уведомлять Потребителя (Заказчика) о невозможности исполнения медицинских услуг по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает.

4.1.10. В случае если стоимость фактически оказанных Потребителю (Заказчику) медицинских услуг окажется ниже суммы предоплаты, то Исполнитель обязуется в день обращения вернуть разницу между внесенной предоплатой и стоимостью оказанных услуг по письменному заявлению Потребителя (Заказчика).

4.1.11. В случае если требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя (Заказчика).

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

##### **5.2. Исполнитель имеет право:**

5.2.1. Определять методику, технологию и технику выполнения медицинского вмешательства.

5.2.2. Привлекать к исполнению настоящего договора специалистов иных медицинских учреждений в рамках заключенных с данными учреждениями договоров, с предоставлением Потребителю (Заказчику) информации о медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную услугу.

5.2.3. Изменить стоимость и объем предоставляемых медицинских услуг после получения письменного согласия Потребителя (Заказчика).

### **5.3. Потребитель (Заказчик) обязуется:**

5.3.1. Оплатить стоимость предоставляемых медицинских услуг в соответствии с настоящим договором. Оплачивать Исполнителю фактически оказанные услуги.

5.3.2. Заботиться о сохранении своего здоровья.

5.3.3. Сообщать Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему медицинскую услугу) всю необходимую информацию, связанную с его здоровьем, имеющихся и перенесенных заболеваниях, травмах, отравлениях, аллергических состояниях, наследственности, употребления алкоголя, табака, наркотических и психотропных препаратов.

5.3.4. Оказывать содействие надлежащему исполнению договора, выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинской услуги, соблюдать указания (рекомендации) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенный режим лечения, информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих оказанию услуги.

5.3.5. Соблюдать правила поведения пациента в медицинских организациях.

5.3.7. В случае, когда невозможность исполнения медицинских услуг, возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает, возместить Исполнителю фактически понесенные им расходы.

5.3.8. В случае расторжения договора по инициативе Потребителя (Заказчика) оплатить Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

### **5.4. Заказчик имеет право:**

5.4.1. Получать информацию в рамках настоящего договора, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.4.2. Имеет права, установленные законом о защите прав потребителей и законодательством об охране здоровья граждан.

5.4.3. Заказчик вправе отказаться от исполнения договора о выполнении работ (оказании услуг) в любое время при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.

5.4.4. Истребовать по письменному заявлению разницу между внесенной предоплатой и стоимостью оказанных медицинских услуг, если стоимость фактически оказанных Потребителю (Заказчику) окажется ниже предоплаты, за исключением случаев невозможности исполнения медицинских услуг, возникшей по вине Потребителя.

### **6. Стоимость медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты**

6.1. Стоимость и объем оказываемых Заказчику услуг указана в Приложении № 6 «Спецификация медицинских услуг, оказываемых гражданам на платной основе», которая является неотъемлемой частью договора

6.2. Потребитель (Заказчик) оплачивает медицинские услуги на условиях 100% предоплаты наличным или безналичным способом.

### **7. Ответственность сторон**

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

7.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7.3. Исполнитель отвечает за недостатки оказанных медицинских услуг, если Потребитель (Заказчик) докажет, что они возникли до ее принятия им или по причинам, возникшим до этого момента.

7.4. Требования Потребителя (Заказчика), установленные Законом «О защите прав потребителей», в части последствий нарушения Исполнителем сроков оказания услуг не подлежат удовлетворению, если Исполнитель докажет, что нарушение сроков выполнения работы (оказания услуги) произошло вследствие непреодолимой силы или по вине потребителя.

7.5. Меры ответственности сторон, не предусмотренные настоящим договором, применяются в соответствии с нормами гражданского законодательства, действующего на территории РФ.

7.6. В случаях, не урегулированных настоящим Договором, стороны руководствуются нормами действующего законодательства, решают все возникающие разногласия по Договору путем переговоров. В случае разногласий по вопросу оказания качества услуг спор рассматривается комиссией с привлечением, при необходимости, независимых экспертов. Если согласие не будет достигнуто, спор подлежит рассмотрению в суде.

### **8. Порядок изменения и расторжения договора**

8.1. Все изменения или дополнения вносятся в настоящий договор по письменному соглашению сторон.

8.2. В случае отказа Потребителя (Заказчика) после заключения договора от получения медицинских услуг, договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя (Заказчика) о расторжении договора по инициативе Потребителя (Заказчика), при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

8.3. Настоящий договор может быть расторгнут по основаниям и в порядке, установленным Гражданским кодексом Российской Федерации.

### **9. Заключительные положения**

9.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания сторонами и действует до полного выполнения обязательств сторонами.

9.2. Все споры, возникающие между сторонами по настоящему договору, разрешаются путем переговоров, в досудебном порядке. Понимая субъективность оценки эстетического и функционального результатов медицинских услуг, в случае возникновения разногласий по вопросу качества оказанных услуг, споры могут быть разрешены на совместном заседании Заказчика (Потребителя) врачебной комиссии Исполнителя. Все претензии оформляются в письменном виде. Срок рассмотрения претензии – 30 дней. При недостижении согласия сторон в досудебном порядке или пропуская до судебного решение споров, споры разрешаются в соответствии с законодательством Российской Федерации. В случае недостижения сторонами согласия, споры решаются в соответствии с действующим законодательством РФ в суде. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

9.3. Потребитель (Заказчик) может направить обращение (жалобу) в письменном виде на бумажном носителе по почте, электронном виде с использованием информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", в том числе официального сайта органа государственного надзора, иных уполномоченных федеральных органов исполнительной власти, а также может быть принято при личном приеме заявителя.

**- Управление Роспотребнадзора по Хабаровскому краю** Адрес: 680009, г. Хабаровск, ул. Карла Маркса, 109 б. Приемная: телефон/факс: (4212) 27-47-44 Электронная почта: [root@sanepid.khv.ru](mailto:root@sanepid.khv.ru) Адрес сайта в сети Интернет: [27.rospotrebnadzor.ru](http://27.rospotrebnadzor.ru)

**- Территориальный орган Росздравнадзора по Хабаровскому краю и ЕАО**

Почтовый адрес: 680000, г. Хабаровск, ул. Петра Комарова, д. 6, офис № 104 Тел/факс: 8(4212) 75-22-30; 75-22-267.4. Адрес электронной почты: [info@reg27.roszdravnadzor.gov.ru](mailto:info@reg27.roszdravnadzor.gov.ru) Адрес сайта в сети Интернет: [27reg.roszdravnadzor.gov.ru](http://27reg.roszdravnadzor.gov.ru)

**- Министерство здравоохранения Хабаровского края**

Адрес: г. Хабаровск, ул. Муравьева Амурского, д. 32 Приемная: +7 (4212) 40-23-22 Электронная почта: [zdrav@adm.khv.ru](mailto:zdrav@adm.khv.ru) Адрес сайта в сети Интернет: <https://zdrav.khv.gov.ru/>;

**- КГБУЗ «ЦПБСИЗ» МЗ ХК**

Юридический и почтовый адрес: 680031, г. Хабаровск, пер. Пилотов 2, тел. (4212) 47-56-03, 47-03-35, сайт: Анти-спид27.рф, электронная почта: [cpbsiz.khv@yandex.ru](mailto:cpbsiz.khv@yandex.ru)

9.4. Потребитель (Заказчик) вправе отказаться от исполнения договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

### **10. Прочие условия**

10.1. При заключении договора Потребителю (Заказчику) предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в порядке, установленном законодательством.

10.2. В соответствии с п. 3 ст. 13 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», пациент/субъект персональных данных дает свое согласие на предоставление в отношении него сведений, составляющих врачебную тайну в целях дальнейшего уведомления заказчика о результатах исследования с использованием федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг» на наличие возбудителя коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции, на наличие антител к возбудителю коронавирусной инфекции (COVID-19) (любым из методов), на наличие антител после вакцинации путем определения специальными тестами.

10.3. В процессе оказания Оператором медицинской помощи Потребителю (Заказчику) Потребитель (Заказчик) предоставляет право медицинским работникам передавать персональные данные Потребителя (Заказчика) содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах обследования и лечения Потребителя (Заказчика), в том числе для обработки ПДн Потребителя (Заказчика) в **АС КГКУЗ «МИАЦ» МЗ ХК**.

10.4. Стороны допускают факсимильное воспроизведение Исполнителем подписей («факсимиле») уполномоченных им лиц с помощью средств механического или иного копирования, электронной подписи, либо иного аналога собственноручной подписи на документах, являющихся обязательными и необходимыми при проведении сделок в силу законодательства РФ или условий настоящего Договора. При этом факсимильная подпись будет иметь такую же силу, как и подлинная подпись уполномоченного лица.

10.5. Потребитель (Заказчик) разрешает, в случае необходимости, предоставить информацию о результатах

**проведенного** Потребителю (Пациенту) **медицинского вмешательства**, диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания, данных лабораторных исследований следующим родственникам, законным представителям, гражданам, при наличии документа, удостоверяющего личность и акта –приема передачи медицинских услуг \_\_\_\_\_ (ФИО, номер телефона).

10.5.1. До заключения договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя и (или) Заказчика об обязанности соблюдения: режима лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности; правил поведения пациента в учреждении; указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу); выполнения рекомендаций по подготовке к медицинскому вмешательству и действиях во время проведения и после окончания медицинского вмешательства; предоставлению полных и достоверных сведений, связанных со здоровьем Потребителя и (или) Заказчика, имеющихся и перенесенных заболеваниях, травмах, отравлениях, аллергических состояниях, наследственности, употребления алкоголя, табака, наркотических и психотропных препаратах. Потребитель и (или) Заказчик уведомлен, что несоблюдение вышеперечисленных обязанностей может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя (Пациента). **С данным уведомлением ознакомлен(а) Заказчик и (или) Потребитель**

\_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_ (Далее **Потребитель(Заказчик)**) являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) лица не достигшего возраста 15 лет (далее законный представитель):

\_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_ г.

10.5.2. Все положения и пункты Приложения №1 "**Письменное согласие на обработку персональных данных**" Потребителю (Заказчику) разъяснены и понятны .

**С данным уведомлением ознакомлен(а) Заказчик и (или) Потребитель**

\_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_ г.

10.5.3. Все положения и пункты Приложения №2 "**Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство при оказании медицинских услуг**" Потребителю (Заказчику) разъяснены и понятны. **С данным уведомлением ознакомлен(а) Заказчик и (или) Потребитель**

\_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_ г.

10.5.4. С приложением № 3 "**Информированное добровольное согласие на оказание медицинских услуг на платной основе**" ознакомлен (ознакомлена), все положения и пункты Потребителю (Заказчику) разъяснены и понятны.

**С данным уведомлением ознакомлен(а) Заказчик и (или) Потребитель**

\_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_ г.

10.5.5. С приложением № 4 "**Информированное согласие на проведение добровольного обследования на антитела к ВИЧ (A26.06.049.001 Исследование уровня антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1/2 и антигена p24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) в крови)**" ознакомлен (ознакомлена), все положения и пункты Потребителю (Заказчику) разъяснены и понятны

**С данным уведомлением ознакомлен(а) Заказчик и (или) Потребитель**

\_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_ г.

10.5.6 С приложением № 5 "**Объемы, виды, условия и правила оказания медицинских услуг КГБУЗ ЦПБСИЗ МЗХК**" ознакомлен (ознакомлена), все положения и пункты Потребителю (Заказчику) разъяснены и понятны. **С данным уведомлением ознакомлен(а) Заказчик и (или) Потребитель**

\_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_ г.

10.5.7 С приложением № 6 "**Спецификация медицинских услуг оказываемых гражданам на платной основе**" ознакомлен (ознакомлена), все положения и пункты Потребителю (Заказчику) разъяснены и понятны. **С данным уведомлением ознакомлен(а) Заказчик и (или) Потребитель**

\_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_ г.

10.5.8 С информацией о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации ознакомлен (ознакомлена), все положения и пункты Потребителю (Заказчику) разъяснены и понятны. **С данным уведомлением ознакомлен(а) Заказчик и (или) Потребитель**

\_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_ г.

10.6. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой стороны.

### 11. Адреса и подписи сторон

#### Исполнитель

#### Заказчик (Потребитель):

КГБУЗ «ЦПБСИЗ» МЗ ХК <b>ОГРН 1022701294571 ИНН 2721009067</b> Юридический и почтовый адрес: 680031, г. Хабаровск, пер. Пилотов 2 Тел. (4212) 47-56-03, 47-03-35 сайт: Анти-спид27.рф электронная почта: cpbsiz.khv@yandex.ru <b>Горячая линия</b> по вопросам профилактики ВИЧ/СПИДа и вирусных гепатитов <b>8 (4212) 47-03-35</b> Сотрудник _____ медицинской организации _____ М.П.	ФИО Заказчика _____ Гражданство: РОССИЯ Адрес регистрации в РФ: _____ Документ, удостоверяющий личность: _____ ФИО Заказчика _____ Подпись _____ V____ ФИО Потребителя _____ Подпись _____ V____
---	--

#### Акт - приема передачи выполненных платных медицинских услуг № П \_\_\_\_\_

г. Хабаровск \_\_\_\_\_ г.

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями" министерства здравоохранения Хабаровского края, именуемого в дальнейшем "Исполнитель в лице сотрудника медицинской организации \_\_\_\_\_, действующего на основании приказа № 86-А от 28.08.2023г., с одной стороны, и

\_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_, именуемый (ая) в дальнейшем Заказчик, предъявлен документ, удостоверяющий личность (Паспорт \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_ г.), \_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_, именуемый (ая) в дальнейшем Потребитель, предъявлен документ, удостоверяющий личность (Паспорт \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_ г.), с другой стороны, составили настоящий акт о нижеследующем:

1. В соответствии с условиями договора об оказании платных медицинских услуг П № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г. **«Исполнитель» оказал медицинские услуги, поименованные в договоре, в полном объеме в соответствии с графиком работы исполнителя.**

2. **Услуги, обозначенные в Приложении № 6 "Спецификация медицинских услуг, оказываемых гражданам на платной основе" оказаны полностью и в срок, определенный договором.**

3. Настоящий акт составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из сторон, один экземпляр договора на руки **Потребитель (Заказчик)** получил(а) – \_\_\_\_\_, д.р. \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ V\_\_

4. **Потребитель (Заказчик)** разрешает, в случае необходимости, **предоставить информацию о результатах проведенного Потребителю (Пациенту) медицинского вмешательства, диагнозе, степени тяжести и характере заболевания Потребителя (Пациента), данных лабораторных обследований Потребителя (Пациента) следующим родственникам, законным представителям, гражданам, при наличии документа, удостоверяющего личность и настоящего акта –приема передачи медицинских услуг:** \_\_\_\_\_ д.р. \_\_\_\_\_

5. **Потребитель (Заказчик) претензий по объему, качеству, срокам и условиям предоставления оказанных услуг не имеет. Услуги по данному договору Потребителем (Заказчиком) приняты.**

6. Оригинал медицинской карты амбулаторного больного является собственностью Исполнителя и выдается на руки только по письменному заявлению Потребителя (Заказчика). **Медицинские документы (или дубликаты), выписки из медицинских документов, бланки результатов лабораторных исследований, отражающие состояние Потребителя (Пациента) после получения медицинских услуг получил(а) персонально на руки в полном объеме:** \_\_\_\_\_, д.р. \_\_\_\_\_

ФИО Заказчика \_\_\_\_\_

ФИО Потребителя \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_ г.

Приложение № 1 к Договору на оказание платных медицинских услуг

№ П \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.

**Письменное согласие на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_, д. р. \_\_\_\_\_, проживающий по адресу: \_\_\_\_\_ (далее Потребитель)

Я, \_\_\_\_\_, д. р. \_\_\_\_\_, проживающий по адресу: \_\_\_\_\_ (далее Заказчик)

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 г. «**О персональных данных**» № 152-ФЗ, **Потребитель (Заказчик)** подтверждает свое согласие на обработку **персональных данных Потребителя (Заказчика)** в КГБУЗ "ЦПБСИЗ" МЗ ХК, ОГРН 1022701294571/ИНН 2721009067, расположенным по адресу: 680031, г. Хабаровск, пер. Пилотов, 2 (далее – **Оператор**) данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о **состоянии здоровья Потребителя**, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания **Оператором** медицинской помощи **Потребителю (Заказчику)** **Потребитель (Заказчик)** предоставляет право медицинским работникам передавать персональные данные **Потребителя (Заказчика)** содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам **Оператора** в интересах обследования и лечения **Потребителя (Заказчика)**. **Потребитель (Заказчик)** предоставляет **Оператору** право осуществлять все действия (операции) с персональными данными **Потребителя (Заказчика)**, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. **Оператор** вправе обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС). **Оператор** имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) персональными данными **Потребителя (Заказчика)** со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. **Срок хранения персональных данных Потребителя (Заказчика) соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Передача персональных данных Потребителя (Заказчика) иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с письменного согласия Потребителя (Заказчика).**

Настоящее согласие действует бессрочно с момента подписания. **Потребитель (Заказчик)** оставляет за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения письменного заявления об отзыве **настоящего согласия на обработку персональных данных Потребителя (Заказчика)**, оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

**Потребителем (Заказчиком)** в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения письменного заявления об отзыве **настоящего согласия на обработку персональных данных Потребителя (Заказчика)**, оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи. Все положения и пункты

Приложения №1 "**Письменное согласие на обработку персональных данных** " **Потребителю (Заказчику)** разъяснены и понятны. **С данным уведомлением ознакомлен(а) Заказчик и (или) Потребитель**  
 ФИО Заказчика \_\_\_\_\_ ФИО Потребителя \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_ г.



Приложение №2 к Договору на оказание платных медицинских услуг  
№ П \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство при оказании медицинских услуг**

Я, \_\_\_\_\_, д. р. \_\_\_\_\_, проживающий по адресу: \_\_\_\_\_ (далее Потребитель)

Я, \_\_\_\_\_, д. р. \_\_\_\_\_, проживающий по адресу: \_\_\_\_\_ (далее Заказчик)

настоящим подтверждаю, что я, как **Потребитель (Заказчик)**, при обращении за медицинской услугой получил (получила) необходимую бесплатную, доступную и достоверную информацию и разъяснения:

- о местонахождении краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» министерства здравоохранения Хабаровского края (далее Учреждение) (680031 г. Хабаровск переулок Пилотов 2, ОГРН 1022701294571, ИНН 2721009067), режиме работы, номере лицензии, сроке ее действия, наименовании органа, выдавшего лицензию, квалификации специалистов и наличии у них соответствующих сертификатов, и условиях предоставления бесплатных и платных услуг, видах медицинских услуг, оказываемых бесплатно (в рамках программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи и целевых комплексных программ), видах платных услуг, оказываемых медицинским учреждением за счет личных средств граждан или других источников финансирования, льготах для отдельных категорий граждан (при предъявлении соответствующих документов), адресах и телефонах вышестоящих организаций и органа защиты прав потребителей;

- о **праве на уважительное и гуманное отношение** со стороны медицинского и обслуживающего персонала;

- о **сохранении в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью**, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при обследовании и лечении, **в соответствии со ст. 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011г.**

- **порядке и условиях предоставления услуг**, правилах и условиях эффективного и безопасного получения услуги, возможных последствиях при несоблюдении ответствующих условий и других правах, предусмотренных Основами законодательства об охране здоровья граждан.

- **Я, Заказчик (Потребитель) информирован (информирована)** о том, что медицинский персонал Учреждения сделает всё от него зависящее для оказания мне (представляемому) квалифицированной качественной и безопасной медицинской помощи.

- **Я, Заказчик (Потребитель) извещен (извещена) о том**, что все медицинские вмешательства, исследования, процедуры и манипуляции в Учреждении осуществляются в соответствии с утвержденными отраслевыми стандартами; порядками; санитарными нормами и правилами; стандартными операциями и процедурами, и иными нормативными документами, предусмотренными законодательством Российской Федерации, и могут быть представлены мне для ознакомления по требованию.

- **Я, Заказчик (Потребитель) получил(а) информацию об альтернативных методах исследования и о том**, что исследование возможно провести в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на проведение данного исследования в КГБУЗ "Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями" министерства здравоохранения Хабаровского края

- Я, Заказчик (Потребитель) подтверждаю, что мне (Пациенту) разъяснены права пациента при обращении за медицинской помощью и ее получении, на:

- **Я, Заказчик (Потребитель) добровольно дает свое согласие на проведение** Потребителю (Пациенту), в соответствии с назначениями врача: процедур по забору биологического материала; лабораторных методов обследования; функциональных методов обследования; ультразвуковых исследований; опроса; осмотра; антропометрических исследований; термометрии; тонометрии; лечебных мероприятий в соответствии со специализацией врача; а так же введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно, при оказании в Учреждении поименованных в данном договоре медицинских услуг. При возникновении необходимости проведения других методов обследования и лечения, информация о них будет разъяснена Потребителю (Пациенту) дополнительно.

- **Я, Заказчик (Потребитель) в доступной форме полностью информирован (информирована)** медицинскими работниками Учреждения о целях, характере, методах, возможных вариантах осуществления медицинского вмешательства и связанных с ними рисках, неблагоприятных эффектах, последствиях и предполагаемых результатах; возможности непреднамеренного причинения **мне (Пациенту)** вреда здоровью, а так же о моих (представляемого) действиях при подготовке, во время проведения и после окончания медицинского вмешательства.

- **Я, Заказчик (Потребитель) подтверждаю**, что мне (пациенту) разъяснены права пациента при обращении за медицинской помощью и ее получении, на:

- выбор врача, в том числе врача общей практики и лечащего врача, а также выбор лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;

- обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

- проведение по просьбе пациента консилиума и консультаций других специалистов;
- облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;
- получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения;
- допуск к пациенту адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;
- получил(а) информацию об альтернативных методах исследования.
- **Я, Потребитель (Пациент)** обязуется исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей КГБУЗ "Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями" министерства здравоохранения Хабаровского края, соблюдать режим в ходе исследования, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия.
- **Я, Заказчик (Потребитель)** проинформирован(а), что исследование возможно провести в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на проведение данного исследования в КГБУЗ "Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями" министерства здравоохранения Хабаровского края, при этом врачи могут быть поставлены перед необходимостью значительно изменить доведенный до моего (сведения пациента) ход исследования. Может потребоваться дополнительное исследование.
- **Я, Заказчик (Потребитель)** извещен(а) о наличии у специалистов КГБУЗ "Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями" министерства здравоохранения Хабаровского края права не приступать к оказанию услуг, приостановить оказание услуг, отказаться от оказания услуг в случаях, когда имеет место нарушение Потребителем (Пациентом) своих обязанностей.
- **Я, Заказчик (Потребитель)** извещен(а) о том, что КГБУЗ "Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями" министерства здравоохранения Хабаровского края не несет ответственности за вред, причиненный Потребителю здоровью (здоровью Пациента) при оказании медицинского вмешательства, при условии, что вышеуказанное медицинское вмешательство произведено с соблюдением всех необходимых требований, а размер вреда соразмерен потребностям Потребителя здоровья (здоровья Пациента).
- **Я, Заказчик (Потребитель)** подписанием данного документа, я подтверждаю, что информирован(а) о цели, характере, ходе и объеме предстоящего Потребителю (Пациенту) исследования, возможных неблагоприятных эффектах, а также о том, что предстоит мне делать во время его проведения.
- **Я, Заказчик (Потребитель)** согласен(сна) с тем, что при проведении исследования нельзя полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, КГБУЗ "Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями" министерства здравоохранения Хабаровского края не несет ответственности за их возникновение.
- **Я, Заказчик (Потребитель)** имел(а) возможность задать любые интересующие вопросы касательно состояния здоровья Потребителя (здоровья Пациента), получил(а) на них надлежащие ответы и имел(а) достаточно времени на обдумывание решения о согласии на предложенное Потребителю (Пациенту) исследование.
- **Я, Заказчик (Потребитель)** уведомлен (уведомлена) о своем праве отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч.9 ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011г.
- **Заказчику (Потребителю)** Мне подробно и в доступной форме разъяснены, и я осознаю возможные последствия, которые повлечет для меня (Пациента) отказ от предлагаемого медицинского вмешательства.
- **Я, Заказчик (Потребитель)** извещен (извещена) о необходимости поставить в известность медицинского сотрудника учреждения обо всех имеющихся у Потребителя (Пациента) проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных Потребителем (Пациентом) и известных травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на Потребителя (Пациента) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Потребитель (Пациент) сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
- **Я, Заказчик (Потребитель)** предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от медицинского вмешательства, несоблюдение рекомендаций медицинских работников, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение, самовольное изменение режима приема препаратов, нарушение рекомендованного лечебно-охранительного режима могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя (Пациента)
- **Я, Заказчик (Потребитель)** согласен (согласна), на присутствие при осуществлении Потребителю (Пациенту) медицинского вмешательства других медицинских работников, студентов медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;

- **Я, Заказчик (Потребитель)** разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о результатах проведенного Потребителю (Пациенту) медицинского вмешательства, диагнозе, степени тяжести и характере заболевания, данных лабораторных обследований родственникам Потребителя (Пациента), законным представителям, гражданам:

\_\_\_\_\_  
ФИО, г.р.

- **Я, Заказчик (Потребитель)** дает свое добровольное согласие на оказание Потребителю (Пациенту) поименованных в настоящем договоре медицинских услуг, в КГБУЗ "ЦПБСИЗ" МЗ ХК

- **Я, Заказчик (Потребитель)** ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого разъяснены, поняты, и добровольно даю свое согласие и изъявляю свое желание и волю на осуществление Потребителю (Пациенту) в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» министерства здравоохранения Хабаровского края медицинского вмешательства в предложенном объеме.

**С данным уведомлением ознакомлен(а) Заказчик и (или) Потребитель**

ФИО Заказчика

ФИО Потребителя

\_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_ г.

Приложение № 3 к Договору на оказание платных медицинских услуг  
№ П \_\_\_\_\_ от 01.09.2023\_\_ г.

#### **Информированное согласие на оказание медицинских услуг на платной основе**

Я, \_\_\_\_\_, д. р. \_\_\_\_\_, проживающий по адресу: \_\_\_\_\_ (далее Потребитель)

Я, \_\_\_\_\_, д. р. \_\_\_\_\_, проживающий по адресу: \_\_\_\_\_ (далее Заказчик)

настоящим подтверждаю, что я, **Потребитель (Заказчик)**, при обращении за медицинской услугой получил (получила) необходимую бесплатную, доступную и достоверную информацию и разъяснения:

- настоящим подтверждаю, что я, **Потребитель (Заказчик)**, при обращении за медицинской услугой получил (получила) необходимую бесплатную, доступную и достоверную информацию и разъяснения: - о местонахождении краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» министерства здравоохранения Хабаровского края (далее Учреждение) (680031 г. Хабаровск переулок Пилотов 2, ОГРН 1022701294571), режиме работы, номере лицензии, сроке ее действия, наименовании органа, выдавшего лицензию, квалификации специалистов и наличии у них соответствующих сертификатов, цен (тарифов) на платные услуги, возможности предоставления калькуляции по требованию, правилах и условиях предоставления бесплатных и платных услуг, видах медицинских услуг, оказываемых бесплатно (в рамках программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи и целевых комплексных программ), видах платных услуг, оказываемых медицинским учреждением за счет личных средств граждан или других источников финансирования, льготах для отдельных категорий граждан (при предъявлении соответствующих документов), адресах и телефонах вышестоящих организаций и органа защиты прав потребителей;

- **Я, Заказчик (Потребитель)**, в соответствии со ст. 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011г. проинформирован(а) о том, что Потребителю (Пациенту) необходимо выполнить объем оказываемых услуг в соответствии с Приложением № 6 «Спецификация медицинских услуг оказываемых гражданам на платной основе»

- **Я, Заказчик (Потребитель)** понимаю, что услуги, оплаченные Заказчиком (Потребителем), не финансируются страховой кампанией (территориальным фондом).

- **Я, Заказчик (Потребитель)** подтверждаю, что Потребителю (Пациенту) разъяснены права пациента при обращении за медицинской помощью и ее получении, на:

- **о праве на уважительное и гуманное отношение** со стороны медицинского и обслуживающего персонала;

- **о сохранении в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью**, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при обследовании и лечении, **в соответствии со ст. 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011г.**

- **порядке и условиях предоставления услуг**, правилах и условиях эффективного и безопасного получения услуги, возможных последствиях при несоблюдении соответствующих условий и других правах, предусмотренных Основами законодательства об охране здоровья граждан. - **Я, Заказчик (Потребитель)** подтверждаю, что в соответствии с п. 2.4. Постановления Губернатора Хабаровского края от 27.02.2007 г. № 29 «О учреждениях здравоохранения» мне разъяснена альтернативная возможность и понятны условия бесплатного получения Потребителем (Пациентом) данной услуги в КГБУЗ "ЦПБСИЗ" МЗ ХК в рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации на территории Хабаровского края бесплатной медицинской помощи.

- **Я, Заказчик (Потребитель)** даю свое добровольное согласие на оказание поименованных в настоящем договоре медицинских услуг на платной основе в КГБУЗ "ЦПБСИЗ" МЗ ХК

- **Я, Заказчик (Потребитель)** в доступной форме проинформирован(а) Исполнителем о возможности получения

соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

- **Я, Заказчику (Потребителю)** разъяснено, что Потребитель (Пациент) может получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

- **Я, Заказчик (Потребитель)** добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом (Виды выбранных платных медицинских услуг согласованы с врачом) выбрал следующие виды платных медицинских услуг, согласно действующему прейскуранту, желает получить в КГБУЗ ЦПБСИЗ МЗ ХК и согласен оплатить.

- **Я, Заказчику (Потребителю)** разъяснено и **Заказчик (Потребитель)** осознает, что проводимое медицинское вмешательство Потребителю (Пациенту) не гарантирует полного положительного результата и что при проведении медицинских услуг и после этого, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.

- **Я, Заказчик (Потребитель)** ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, **Заказчику (Потребителю)** понятны, и добровольно дает свое согласие и изъявляет свое желание и волю на осуществление Потребителю (Пациенту) в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» министерства здравоохранения Хабаровского края **медицинского вмешательства в предложенном объеме на платной основе.**

В процессе оказания Оператором медицинской помощи **Заказчик (Потребитель)** предоставляет право медицинским работникам передавать персональные данные **Заказчик (Потребитель)** содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах обследования и лечения **Заказчик (Потребитель)** в том числе для обработки ПДн **Заказчика (Потребителя)** в АС КГКУЗ «МИАЦ» МЗ ХК;

**С данным уведомлением ознакомлен(а) Заказчик и (или) Потребитель**

ФИО Заказчика

ФИО Потребителя

\_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_ г.

Приложение № 4 к Договору на оказание платных медицинских услуг

№ П \_\_\_\_\_ от 01.09.2023\_\_ г.

Информированное согласие на проведение **добровольного обследования на антитела к ВИЧ (A26.06.049.001 Исследование уровня антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1/2 и антигена p24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agr24) в крови)**

• Для граждан РФ **обследования на антитела к ВИЧ ( A26.06.049.001 Исследование уровня антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1/2 и антигена p24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agr24) в крови)** и до-тестовое консультирование, в том числе и Анонимно в КГБУЗ ЦПБСИЗ проводится бесплатно за счет средств бюджетных ассигнований.

• Для иностранных граждан **обследования на антитела к ВИЧ ( A26.06.049.001 Исследование уровня антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1/2 и антигена p24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agr24) в крови)** и до-тестовое консультирование проводится на платной основе за счет собственных средств физических лиц, если иное не предусмотрено действующим законодательством РФ.

Если Вы, далее Потребитель (Пациент) согласны на проведение конфиденциального обследования на антитела к ВИЧ ((A26.06.049.001 Исследование уровня антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1/2 и антигена p24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agr24) в крови), Потребитель (Пациент) **указываете здесь данные : Я, Потребитель (Пациент) ФИО \_\_\_\_\_** дата рождения \_\_\_\_\_ проживающий по адресу: Россия

(если Вы желаете пройти обследование Анонимно, оставляйте последующие строки незаполненными)

**Потребитель (Заказчик) настоящим подтверждает**, что на основании **предоставленной ему информации**, свободно и без принуждения, отдавая отчет о последствиях обследования, Потребитель (Заказчик) принял решение пройти тестирование на антитела к ВИЧ. **Потребитель (Заказчик)** имел возможность задать любые интересующие вопросы касательно процедуры обследования, получил(а) на них надлежащие ответы и имел(а) достаточно времени на обдумывание решения о согласии на предложенное Потребителю (Пациенту) исследование на антитела к ВИЧ.

Потребитель (Заказчик) подтверждает, что Заказчику (Потребителю) разъяснено, почему **важно пройти тестирование на ВИЧ**, как проводится тест и какие последствия может иметь **тестирование на ВИЧ**.

ФИО потребителя \_\_\_\_\_ Подпись

ФИО Заказчика \_\_\_\_\_ Подпись

Доверенное лицо \_\_\_\_\_ Подпись

Дотестовое консультирование проведено Медицинский сотрудник Исполнителя \_\_\_\_\_

- В рамках оказания **первичной медико-санитарной помощи** осуществляется: выявление показаний к обследованию на ВИЧ-инфекцию; назначение обследования на ВИЧ-инфекцию с обязательным проведением до- и послетестового консультирования:

- Медицинское освидетельствование проводится в медицинских организациях и включает в себя в том числе соответствующее лабораторное исследование, которое проводится на основании лицензии № **ЛО41-01189-27/00336260 от 27.11.2019 г.**, предоставляемой в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

- В процессе оказания Оператором медицинской помощи Потребителю (Заказчику) Потребитель (Заказчик) предоставляет право медицинским работникам передавать персональные данные Потребителя (Заказчика) содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах обследования и лечения Потребителя (Пациента), в том числе для обработки ПДн Потребителя (Заказчика) в **АС КГКУЗ «МИАЦ» МЗ ХК.**

- **ВИЧ-инфекция - инфекционное хроническое заболевание**, вызванное вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), характеризующееся специфическим поражением иммунной системы, приводящим к медленному ее разрушению вплоть до формирования синдрома приобретенного иммунного дефицита (СПИД).

- **ВИЧ-инфекция передается только тремя путями:**

- при сексуальных контактах без презерватива;

- через кровь при медицинских или немедицинских процедурах.

Часто заражение происходит при совместном использовании несколькими людьми одного инструментария для употребления наркотиков (любого предмета или приспособления, на который попадает кровь); возможно заражение при применении готовых растворов наркотиков, в которые могли занести ВИЧ раньше;

- от инфицированной ВИЧ матери к ребенку во время беременности, родов и при грудном вскармливании.

**Заражение ВИЧ при бытовых контактах: при рукопожатиях, пользовании общей посудой, предметами быта, бассейном, туалетом, транспортом, совместном приеме пищи, а также при укусах насекомых не происходит.**

**• Как избежать заражения ВИЧ.** В течение жизни, в зависимости от личных обстоятельств и убеждений, человек может использовать разные способы предохранения. Например, иметь только одного верного, не инфицированного ВИЧ полового партнера, не употреблять наркотики или всегда пользоваться презервативами. Для предотвращения заражения через кровь необходимо избегать контакта с любыми инструментами и материалами, на которые могла попасть кровь другого человека. ВИЧ-инфицированная беременная женщина может защитить своего ребенка от заражения ВИЧ, принимая специальные лекарства во время беременности и отказавшись от грудного вскармливания.

**С какой целью проводится обследование на антитела к ВИЧ.** Своевременное установление диагноза ВИЧ-инфекции на основании обнаружения антител и данных последующих исследований позволяет вовремя начать необходимое лечение и принять другие меры к уменьшению негативных последствий заражения ВИЧ, предотвратить передачу ВИЧ близким людям.

- **Консультирование перед проведением обследования (дотестовое консультирование) на антитела к ВИЧ должно быть предоставлено всем желающим, чтобы человек перед обследованием мог обсудить со специалистом все аспекты этого тестирования, включая его возможные последствия.**

- **Исследование крови на наличие антител к ВИЧ.** Одним из важнейших свидетельств того, что человек инфицирован ВИЧ, является обнаружение в его крови антител к ВИЧ. Для проведения этого исследования из локтевой вены пациента берется 5—10 мл крови, которая подвергается дальнейшему обследованию в медицинских учреждениях, имеющих разрешение (лицензию) на такую деятельность.

- **Результаты обследования крови на антитела к ВИЧ могут быть положительными (антитела к ВИЧ обнаружены), отрицательными (антитела к ВИЧ не обнаружены, результаты «негативные») или неопределенными.**

- **При обнаружении антител к ВИЧ человек, у которого они выявлены, считается «ВИЧ-положительным» или «ВИЧ-позитивным»** и от него может произойти заражение другого лица. Обнаружение антител к ВИЧ накладывает на человека определенные обязательства по предупреждению возможного заражения других лиц.

- **В случае неопределенных результатов обследования человеку назначаются повторные обследования крови на антитела к ВИЧ или другие необходимые исследования.** Человек с неопределенными результатами обследования так же должен принимать меры предосторожности, чтобы не допустить заражения других лиц.

- **Если антитела к ВИЧ не обнаружены, то, вероятно, человек не инфицирован ВИЧ. Однако существует период «серонегативного окна» (промежуток времени между заражением ВИЧ и появлением антител к ВИЧ, который обычно составляет до 3 месяцев, но может быть и дольше).** В течение этого периода человек уже заражен и может заразить других, но при исследовании крови антитела к ВИЧ не обнаруживаются. Поэтому, если имелся риск заражения ВИЧ в течение менее 3 месяцев до проведения обследования на ВИЧ, обследование рекомендуется повторить через 3 и 6 месяцев.

- В случае обнаружения антител к ВИЧ ВИЧ-позитивный должен быть проинформирован о результатах исследования, ему будет подробно разъяснено значение результатов этого исследования (то есть ему должно быть предоставлено подробное послетестовое консультирование) и предложено пройти дополнительные клиническое, лабораторное и эпидемиологическое обследование для установления окончательного диагноза ВИЧ-инфекции, стадии заболевания и назначения соответствующего лечения. необходимые исследования, связанные, с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция и ее лечением, для граждан Российской Федерации осуществляются бесплатно.
- Исследование на антитела к ВИЧ может проводиться анонимно (когда обследуемый не называет своего подлинного имени и результат может узнать по коду) или конфиденциально, когда обследуемый сообщает медицинским работникам данные, которые позволяют его идентифицировать (например Ф.И.О., паспортные данные), а медицинские работники, которые проводят обследование, берут на себя обязательство сохранять имя обследуемого в тайне независимо от результатов обследования.
- Результаты тестирования на ВИЧ по телефону не сообщаются. Их сообщает специалист при консультировании после проведения обследования (послетестовом консультировании), которое проводится после получения обследования на антитела к ВИЧ с целью разъяснения обследуемому его результатов и рекомендаций относительно дальнейшего образа жизни.

С вопросами можно обратиться в территориальный центр СПИД по адресу: КГБУЗ "ЦПБСИЗ" МЗ ХК ОГРН 1022701294571 ИНН 2721009067 680031 г. Хабаровск, пер. Пилотов 2 тел. (4212) 47-56-03 регистратура  
Горячая линия по вопросам профилактики ВИЧ/СПИДа и вирусных гепатитов 8 (4212) 47-03-35

Приложение № 5 к Договору на оказание платных медицинских услуг  
№ П \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.

### Объем и виды платных услуг

1.1. Объемы и условия оказания медицинских услуг краевым государственным бюджетным учреждением здравоохранения «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» министерства здравоохранения Хабаровского края в рамках Территориальной программы государственных гарантий гражданам РФ на территории Хабаровского края

п/п	Наименование медицинской услуги	Условия оказания медицинской услуги
1	<p>В рамках оказания <b>первичной медико-санитарной помощи</b> осуществляется: выявление показаний к обследованию на ВИЧ-инфекцию, в том числе назначение обследования на ВИЧ-инфекцию с обязательным проведением до- и послетестового консультирования.</p> <p>Исследование крови на антитела к ВИЧ - <b>A26.06.049.001</b> Исследование уровня антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1/2 и антигена р24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agr24) в крови)</p>	<p>Для граждан РФ <b>обследования на антитела к ВИЧ</b> и до-тестовое консультирование, в том числе и Анонимно в КГБУЗ ЦПБСИЗ проводится бесплатно за счет средств бюджетных ассигнований.</p> <p>Для иностранных граждан <b>обследования на антитела к ВИЧ</b> в крови и до-тестовое консультирование проводится на платной основе за счет собственных средств физических лиц, если иное не предусмотрено, действующим законодательством РФ.</p> <p>Медицинское освидетельствование проводится в медицинских организациях и включает в себя в том числе соответствующее лабораторное исследование, которое проводится на основании лицензии № <b>ЛО41-01189-27/00336260 от 27.11.2019 г.</b> предоставляемой в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.</p>
2	Лабораторные исследования методом иммуноферментного анализа на наличие антител в соответствии с перечнем микроорганизмов, утвержденным санитарно-эпидемиологическим заключением № 27.99.21.000.М.000644.07.21 от 29.07.2021г.	Исследования выполняются бесплатно при наличии направления врача-специалиста КГБУЗ «ЦПБСИЗ» МЗ ХК по предварительной записи в регистратуре в рамках утвержденных объемов медицинской помощи по Территориальной программе государственных гарантий гражданам РФ на территории Хабаровского края.
3	Общеклинический анализ крови	
4	Биохимические исследования крови	

5	Иммунологические исследования		
6	Определение ТТГ, Т3, Анти ТПО, Т4 (гормоны)		
7	ПЦР-диагностика на наличие возбудителей инфекционных заболеваний в соответствии с перечнем микроорганизмов, утвержденным санитарно-эпидемиологическим заключением № 27.99.21.000.М.000644.07.21 от 29.07.2021г.		
8	Бактериологическое исследование генитальных мазков		
9	Микроскопия нативных препаратов		
10	Забор крови из вены		
11	Забор мазка (гинекологического, из носоглотки)		
12	Соскоб с кожи, слизистой		
13	Внутривенные инъекции		
14	Внутривенное вливание		
15	Капельные вливания		
16	Консультативный прием врача-специалиста		Бесплатно для всех категорий граждан по предварительной записи в регистратуре в рамках утвержденных объемов медицинской помощи по Территориальной программе государственных гарантий гражданам РФ на территории Хабаровского края
17	УЗИ, ЭКГ, ФЭГ		
19	Экспресс-диагностика COVID-19 иммунохроматографическим методом		

Основание: Постановление Правительства РФ от 29.12.2022 № 2497 «О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 гг.», Постановление Правительства Хабаровского края от 30.12.2022 N 735-пр "О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Хабаровского края на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов"

**1.2 Виды и условия оказания медицинской помощи на платной основе** в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» министерства здравоохранения Хабаровского края

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Условия оказания медицинской услуги
1.	Экспертное освидетельствование в порядке личной инициативы граждан	Лица старше 18 лет
2.	Лечебно-профилактические и диагностические мероприятия при болезнях, передаваемых половым путем, осуществляемые анонимно	Все категории пациентов
3.	Экспертные работы и исследования, связанные с медицинским освидетельствованием	Иностранцы граждане; лица без гражданства; граждане РФ, выезжающие за пределы РФ
4.	Оформление сертификатов об отсутствии ВИЧ-инфекции	Иностранцы граждане; лица без гражданства; граждане РФ, выезжающие за пределы РФ
5	Любые виды медицинской помощи, оказываемой в КГБУЗ «ЦПБСИЗ» МЗ ХК	Иностранцы граждане; лица без гражданства; в рамках договоров, заключенных с предприятиями, организациями, учреждениями
6.	Оформление справок, заключений и другой документации, неутвержденной МЗ РФ, дубликатов и копий медицинских документов по личной инициативе граждан	Все категории пациентов
7.	Медицинские услуги по программам добровольного медицинского страхования	Все категории пациентов
8.	Медицинские услуги, не входящие в Территориальную программу государственных гарантий оказания гражданам РФ на территории Хабаровского края бесплатной медицинской помощи	Все категории пациентов

9.	Медицинские услуги, входящие в Территориальную программу государственных гарантий оказания гражданам РФ на территории Хабаровского края бесплатной медицинской помощи	Граждане РФ с их письменного информированного согласия на альтернативной основе при условии оказания помощи сверх объемов, установленных для КГБУЗ «ЦПБСИЗ» МЗ ХК Территориальной программой при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных <a href="#">ст. 21</a> Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", и случаев оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и медицинской помощи, оказываемой в неотложной или экстренной форме
----	---	--

### 1.3 Правила предоставления платных медицинских услуг в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» министерства здравоохранения Хабаровского края

#### 1. Общие положения

1.1. Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» министерства здравоохранения Хабаровского края (далее – Исполнитель) оказывает за плату медицинские услуги в соответствии с перечнем работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-01189-27/00336260 от 27.11.2019г. (срок действия – бессрочно), выданной Министерством здравоохранения Хабаровского края (г. Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, д. 32, телефон (4212) 42-00-00).

1.2. Платные медицинские услуги предоставляются Исполнителем физическим лицам - пациентам, имеющим намерение получить либо получающим платные медицинские услуги лично (далее – Потребители), а также физическим (юридическим) лицам, имеющим намерение заказать (приобрести) либо заказывающим (приобретающим) платные медицинские услуги в пользу Потребителя (далее – Заказчики).

#### 2. Условия предоставления платных медицинских услуг

2.1. При заключении договора Потребителю и (или) Заказчику предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации на территории Хабаровского края бесплатной медицинской помощи.

2.2. Платные медицинские услуги предоставляются согласно «Перечню платных услуг и тарифов». Перечень предоставляемых Исполнителем платных медицинских услуг размещен для свободного ознакомления Потребителя и (или) Заказчика в регистратурах Исполнителя. Платные медицинские услуги должны соответствовать номенклатуре медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.3. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается:

- а) в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;
- б) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;
- в) на основе клинических рекомендаций;
- г) с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее - стандарт медицинской помощи).

2.4. Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию потребителя и (или) заказчика.

#### 3. Порядок предоставления платных медицинских услуг

3.1. Платные медицинские услуги оказываются медицинским персоналом Исполнителя в свободное от основной работы время в здании по адресу: г. Хабаровск, пер. Пилотов, 2, по утверждённому графику, а также в основное рабочее время, в случаях, когда технология проведения медицинской помощи ограничена рамками основного рабочего времени и при условии первоочередного оказания гражданам бесплатной медицинской помощи и выполнения объемов



медицинской помощи по Территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам РФ на территории Хабаровского края бесплатной медицинской помощи. При этом часы работы медицинского персонала, оказывающего платные медицинские услуги, продлевается на время, затраченное на их предоставление.

3.2. Предоставление платной медицинской помощи осуществляется в форме договора между Потребителем и (или) Заказчиком и Исполнителем, в соответствии с которым последний обязуется организовать предоставление медицинской помощи определенного объема и качества в соответствии с действующим «Перечнем платных услуг и тарифов», утвержденным Исполнителем.

3.3. Медицинские услуги оказываются Исполнителем по предварительной записи Потребителя и (или) Заказчика, по предъявлении документов, подтверждающих личность Потребителем и (или) Заказчиком либо анонимно, в течение 30 календарных дней с момента оплаты Потребителем и (или) Заказчиком медицинских услуг.

3.4. Потребитель и (или) Заказчик оплачивает оказываемую медицинскую услугу в регистратуре Исполнителя путем наличного или безналичного расчета.

3.5. Потребителю и (или) Заказчику в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца).

3.6. Исполнитель после исполнения услуги по договору выдает Потребителю и (или) Заказчику медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг.

3.7. Исполнитель предоставляет медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям договора, а также требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.

3.8. Платные медицинские услуги предоставляются: при наличии информированного добровольного согласия Потребителя и (или) Заказчика, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, а также при наличии информированного согласия Потребителя и (или) Заказчика на проведение добровольного обследования на антитела к ВИЧ при проведении обследования на ВИЧ-инфекцию.

3.9. Исполнитель обязан предоставить потребителю и (или) заказчику следующую информацию:

- адрес юридического лица в пределах места нахождения юридического лица, основной государственный регистрационный номер, идентификационный номер налогоплательщика;
- адрес своего сайта в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" (далее - сеть "Интернет");
- информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи, о состоянии здоровья Потребителя и (или) Заказчика, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;
- копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией;
- перечень платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, с указанием цен в рублях;
- сроки ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, в случае участия исполнителя в реализации территориальной программы; стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги, путем размещения на сайте исполнителя (при наличии у исполнителя такого сайта) ссылок на "Официальный интернет-портал правовой информации" ([www.pravo.gov.ru](http://www.pravo.gov.ru)) и официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации, на котором размещен рубрикатор клинических рекомендаций, а также путем размещения указанных ссылок на информационных стендах;
- сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг;
- сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;
- график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- образцы договоров;
- адреса и телефоны учредителя, исполнительного органа субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и территориального фонда обязательного медицинского страхования (далее - органы государственной власти и организации);
- другие сведения, относящиеся к предмету договора.

3.10. Исполнитель при оказании медицинских услуг соблюдает установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их предоставления.

3.11. Исполнитель доводит до потребителя и (или) заказчика информацию о форме и способах направления

обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации, а также сообщает почтовый адрес или адрес электронной почты (при наличии), на которые может быть направлено обращение (жалоба).

В случае если такая информация исполнителем не предоставлена, потребитель и (или) заказчик вправе направить обращение (жалобу) в любой форме и любым способом.

#### **Выписка из Правил внутреннего распорядка для потребителей услуг КГБУЗ «ЦПБСИЗ» МЗ ХК (далее Центр)**

##### **1.4. Информированное добровольное согласие**

1.1.1. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство.

1.1.2. Лица, достигшие 15-летнего возраста (старше 14 лет 11 месяцев 30 дней), дают согласие самостоятельно.

1.1.3. Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений.

##### **Законные представители физических лиц**

Потребитель (Пациент)	Законный представитель	Основание возникновения представительства
Несовершеннолетние в возрасте от 14 до 18 лет	Родители, усыновители, попечители	Статья 26 Гражданского кодекса РФ (часть первая), статья 64 Семейного кодекса РФ
Несовершеннолетние, не достигшие 14-ти лет (малолетние)	Родители, усыновители, опекуны	Статья 28 Гражданского кодекса РФ (часть первая), статья 64 Семейного кодекса РФ
Дети, оставшиеся без попечения родителей, до передачи в семью на воспитание (усыновление (удочерение), под опеку или попечительство, в приемную семью либо в случаях, предусмотренных законами субъектов Российской Федерации, в патронатную семью), а при отсутствии такой возможности в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей	Органы опеки и попечительства	Статья 123 Семейного кодекса РФ, статьи 7 и 8 Федерального закона от 24.04.2008 N 48-ФЗ "Об опеке и попечительстве"

1.1.4. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство оформляется при каждом обращении пациента.

1.1.5. Бесплатная медицинская помощь в Центре оказывается при представлении полиса ОМС и документа, удостоверяющего личность:

- Паспорт гражданина РФ (паспорт гражданина РФ, действующий на территории РФ с 01.10.1997);
- Паспорт гражданина СССР (только для граждан СНГ, не включая РФ);
- Удостоверение личности офицера (для действующих военнослужащих - офицеров, прапорщиков, мичманов); военный билет (для военнослужащих - солдат, матросов, сержантов, старшин, в настоящее время проходящих военную службу по призыву или контракту);
- справка об освобождении из мест лишения свободы (для лиц, освобожденных из мест лишения свободы);
- паспорт иностранного государства (для иностранных граждан, находящихся на территории РФ временно);
- заграничный паспорт (для граждан России, постоянно проживающих за границей и находящихся на территории РФ временно);
- паспорт моряка (удостоверение личности гражданина, работающего на судах заграничного плавания или на иностранных судах);
- вид на жительство в РФ;
- удостоверение беженцев РФ (для беженцев);
- свидетельство о регистрации ходатайства иммигранта о признании его беженцем (для беженцев, не имеющих статус беженца);
- временное удостоверение личности гражданина РФ (по форме 2П);
- свидетельство о рождении (для лиц, не достигших 15-летнего возраста)

## 2. Внеочередное оказание медицинской помощи.

2.1.1. Во внеочередном порядке медицинская помощь предоставляется следующим льготным категориям граждан: Инвалидам и участникам войны; Ветеранам боевых действий; Военнослужащим, проходившим военную службу в воинских частях, учреждениях, военно-учебных заведениях, не входивших в состав действующей армии, в период с 22 июня 1941 г. по 03 сентября 1945 г. не менее шести месяцев, военнослужащим, награжденным орденами или медалями СССР за службу в указанный период; Лицам, награжденным знаком "Жителю блокадного Ленинграда"; Нетрудоспособным членам семей погибших (умерших) инвалидов войны, участников Великой Отечественной войны и ветеранов боевых действий, состоявшим на их иждивении и получающим пенсию по случаю потери кормильца (имеющим право на ее получение);

Ветеранам труда, ветеранам военной службы, ветеранам государственной службы по достижении ими возраста, дающего право на пенсию по старости; Труженикам тыла; Детям-инвалидам; Детям первого года жизни.

2.1.5. Запись пациентов, имеющих право на внеочередное оказание медицинской помощи, на консультации к врачам-специалистам Центра осуществляется путем обращения лечащего врача (врача общей практики) медицинской организации первичной медико-санитарной помощи, где прикреплен пациент к заместителю главного врача Центра или при личном обращении пациента в регистратуру.

Героям Социалистического труда; Полным кавалерам ордена Славы; Героям Советского Союза;

Героям Российской Федерации; Полным кавалерам ордена Трудовой Славы;

Лицам, награжденным знаками "Почетный донор СССР", "Почетный донор России";

Гражданам, подвергшимся воздействию радиации вследствие Чернобыльской катастрофы, и приравненным к ним категориям граждан; Гражданам, признанным пострадавшими от политических репрессий; Реабилитированным лицам.

### Объемы и условия оказания медицинских услуг в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» министерства здравоохранения Хабаровского края в рамках Территориальной программы государственных гарантий гражданам РФ на территории Хабаровского края

п/п	Наименование медицинской услуги	Условия оказания медицинской услуги
1	<p>В рамках оказания <b>первичной медико-санитарной помощи</b> осуществляется: выявление показаний к обследованию на ВИЧ-инфекцию, в том числе назначение обследования на ВИЧ-инфекцию с обязательным проведением до- и послетестового консультирования.</p> <p>Исследование крови на антитела к ВИЧ - <b>A26.06.049.001</b> Исследование уровня антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1/2 и антигена р24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) в крови)</p>	<p>Для граждан РФ <b>обследования на антитела к ВИЧ</b> и до-тестовое консультирование, в том числе и Анонимно в КГБУЗ ЦПБСИЗ проводится бесплатно за счет средств бюджетных ассигнований.</p> <p>Для иностранных граждан <b>обследования на антитела к ВИЧ</b> в крови и до-тестовое консультирование проводится на платной основе за счет собственных средств физических лиц, если иное не предусмотрено действующим законодательством РФ.</p> <p>Медицинское освидетельствование проводится в медицинских организациях и включает в себя в том числе соответствующее лабораторное исследование, которое проводится на основании лицензии <b>№ ЛО41-01189-27/00336260 от 27.11.2019 г.</b>, предоставляемой в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.</p>
2	Лабораторные исследования методом иммуноферментного анализа на наличие антител в соответствии с перечнем микроорганизмов, утвержденным санитарно-эпидемиологическим заключением № 27.99.21.000.М.000644.07.21 от 29.07.2021г.	Исследования выполняются бесплатно при наличии направления врача-специалиста КГБУЗ «ЦПБСИЗ» МЗ ХК по предварительной записи в регистратуре в рамках утвержденных объемов медицинской помощи по Территориальной программе государственных гарантий гражданам РФ на территории Хабаровского края.
3	Общеклинический анализ крови	
4	Биохимические исследования крови	
5	Иммунологические исследования	
6	Определение ТТГ, Т3, Анти ТПО, Т4 (гормоны)	
7	ПЦР-диагностика на наличие возбудителей инфекционных заболеваний в соответствии с перечнем микроорганизмов, утвержденным санитарно-эпидемиологическим заключением № 27.99.21.000.М.000644.07.21 от 29.07.2021г.	

8	Бактериологическое исследование генитальных мазков	
9	Микроскопия нативных препаратов	
10	Забор крови из вены	
11	Забор мазка (гинекологического, из носоглотки)	
12	Соскоб с кожи, слизистой	
13	Внутривенные инъекции	
14	Внутривенное вливание	
15	Капельные вливания	
16	Консультативный прием врача-специалиста	
17	УЗИ, ЭКГ, ФЭГ	
19	Экспресс-диагностика COVID-19 иммунохроматографическим методом	

**Все услуги, за исключением услуги на исследования крови на антитела к ВИЧ, предоставляемой анонимно (пункт 1), предоставляются бесплатно при наличии паспорта, полиса ОМС и/или СНИЛС.**

Основание: Постановление Правительства Хабаровского края от 30.12.2022г. № 735-пр ("О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Хабаровского края на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов")

**Виды и условия оказания медицинских услуг в краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» министерства здравоохранения Хабаровского края**

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Условия оказания
1.	Экспертное освидетельствование в порядке личной инициативы граждан	Лица старше 18 лет
2.	Лечебно-профилактические и диагностические мероприятия при болезнях, передаваемых половым путем, осуществляемые анонимно	Все категории пациентов
3.	Экспертные работы и исследования, связанные с медицинским освидетельствованием	Иностранцы граждане; лица без гражданства; граждане РФ, выезжающие за пределы РФ
4.	Оформление сертификатов об отсутствии ВИЧ-инфекции	Иностранцы граждане; лица без гражданства; граждане РФ, выезжающие за пределы РФ
5	Любые виды медицинской помощи, оказываемой в КГБУЗ «ЦПБСИЗ» МЗ ХК	Иностранцы граждане; лица без гражданства; в рамках договоров, заключенных с предприятиями, организациями, учреждениями
6.	Оформление справок, заключений и другой документации, неутвержденной МЗ РФ,	Все категории пациентов
7.	дубликатов и копий медицинских документов по личной инициативе граждан	Все категории пациентов
8.	Медицинские услуги по программам добровольного медицинского страхования	Все категории пациентов
9.	Медицинские услуги, не входящие в Территориальную программу государственных гарантий оказания гражданам РФ на территории Хабаровского края бесплатной медицинской помощи	Граждане РФ с их письменного информированного согласия на альтернативной основе при условии оказания помощи сверх объемов, установленных для КГБУЗ «ЦПБСИЗ» МЗ ХК Территориальной программой при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных ст. 21 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", и случаев оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и медицинской помощи, оказываемой в неотложной или экстренной форме

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями" министерства здравоохранения Хабаровского края  
ОГРН 1022701294571

Лицензия № ЛО41-01189-27/00336260 от 27.11.2019 г. тел. +7(4212) 47-56-02, +7(4212) 47-56-03

Приложение № 6 к договору № П \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

**«Спецификация медицинских услуг, оказываемых гражданам на платной основе»**

(является неотъемлемой частью договора № \_\_\_\_ ) Дата оказания услуги \_\_\_\_\_

ФИО Потребителя \_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_

**Спецификация медицинских услуг**

№ п/п	Вид медицинской услуги	Цена за ед.	количество	Сумма руб.	№п/п по прейскуранту*
	Итого			Сумма услуг	

\* Медицинские услуги входят в программу ОМС и могут быть оказаны бесплатно в поликлинике по месту прикрепления или временного пребывания.

\*\*\* Консультативный прием врача гинеколога, дерматовенеролога, уролога и др.специалистов ; включая опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование, антропометрические исследования, термометрия, тонометрия, исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы)

Я, **Заказчик (Потребитель)** в момент подписания договора № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ на

оказание платных медицинских услуг ознакомлен (на) с действующим прейскурантом цен КГБУЗ "ЦПБСИЗ" МЗ ХК (Исполнитель), понимаю содержащую в нём информацию и согласен (на) с ценами на медицинские услуги Исполнителя.

Подписывая приложение № 6 к договору № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_, даю настоящее добровольное согласие на предоставление мне платных медицинских услуг Исполнителем , с объемом предоставляемых платных медицинских услуг Заказчик (Потребитель) согласен (согласна) и уведомлен (на) о том, что оплаченные денежные средства, по настоящему договору, не подлежат возмещению за счёт средств обязательного медицинского страхования.

Заказчик \_\_\_\_\_ оплатил в кассу Центра наличными/безналичными денежными средствами

ФИО потребителя \_\_\_\_\_ Подпись

ФИО Заказчика \_\_\_\_\_ Подпись

Доверенное лицо \_\_\_\_\_ Подпись