

Приложение № 1
к Положению
о порядке и условиях
предоставления платных
медицинских услуг
ГАУЗ РОБ

**Договор на оказание платных медицинских услуг
ГАУЗ РОБ**

от «___» _____ 20__ г.

г. Владикавказ

Гражданин (ка) _____,

ФИО

именуемый (ая) в дальнейшем «Пациент», с одной стороны и Государственное автономное учреждение здравоохранения «Республиканская офтальмологическая больница» (далее также - ГАУЗ РОБ или Учреждение), в лице директора Дзгоевой Ирины Сергеевны, действующего на основании Устава, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем.

1. Предмет договора

1.1. ГАУЗ РОБ оказывает Пациенту медицинскую услугу в лице врача

_____, включающую в себя
(ФИО, должность)

(профиль лечения (амбулаторный, стационарный), наименование услуги

Согласно Прейскуранту)

именуемую в дальнейшем «Услуга», а пациент обязан оплатить Услугу.

1.2. При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ, не предусмотренных Договором, они выполняются с согласия Пациента с оплатой по действующему Прейскуранту.

1. Права и обязанности сторон

2.1. ГАУЗ РОБ принимает на себя обязательство оказать квалифицированную, качественную медицинскую Услугу, указанную в пункте 1.1. настоящего Договора.

2.2. ГАУЗ РОБ после проведенного лечения выдает Пациенту медицинское заключение установленной формы (в зависимости от вида оказанной медицинской услуги).

2.3. ГАУЗ РОБ обязуется сохранить конфиденциальность информации о здоровье Пациента в рамках конституционно установленного права.

2.4. ГАУЗ РОБ имеет право в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, необходимых для установления диагноза, обследований и оказания медицинской помощи, в том числе не предусмотренной договором.

2.5. Пациент обязуется оплатить получаемую Услугу.

2.6. Пациент обязан:

- информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях к проведению услуги;
- своевременно оплатить стоимость услуги;
- точно выполнять назначения и рекомендации врача, выданные в письменной и устной формах.

2.7. Пациент имеет право:

- на предоставление бесплатной, доступной, достоверной информации о предоставляемой медицинской услуге;
- на ознакомление с документами, подтверждающими специальную правоспособность ГАУЗ РОБ и его врачей;
- на возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью при ненадлежащем оказании медицинской услуги;
- отказаться от получения медицинской услуги (до момента начала ее оказания) и получить обратно оплаченную сумму с возмещением Учреждению затрат, связанных с подготовкой оказания услуги.

**3. Информация о предоставляемой медицинской услуге
(информированное согласие)**

Пациент

ФИО _____,

находясь в ясной памяти, в рамках настоящего Договора, желаю получить платную медицинскую услугу, указанную в пункте 1 настоящего Договора, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

3.1. Получив от сотрудников Учреждения полную информацию о возможности предоставления мне медицинских услуг в медицинской организации бесплатно (при наличии такой возможности), в рамках территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне медицинской услуги, указанной в пункте 1 настоящего Договора, на платной основе и готов ее оплатить.

или

3.1. Уведомлен о том, что данная Услуга не входит в объем бесплатной медицинской помощи, предусмотренный территориальной программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи на территории РСО-Алания, и не финансируется из бюджета.

3.2. Я ознакомлен с правами пациента в соответствии с Конституцией РФ, Основами Законодательства РФ об охране здоровья граждан.

3.3. Мне в доступной форме изложено, и я полностью осведомлен о предстоящей медицинской услуге, современных методах лечения и профилактики заболевания, а также о возможном профессиональном риске, возможных осложнениях, наличии вероятности возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и выражаю осознанное согласие на медицинское вмешательство (услугу). Я согласен с тем, что в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех

необходимых требований, Учреждение не несет ответственности за их возникновение.

3.4. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов я должен (должна) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей Учреждения.

3.5. Я проинформирован, что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других медицинских учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в данном Учреждении.

4. Стоимость услуг и порядок платежей

4.1. Стоимость Услуги устанавливается самостоятельно ГАУЗ РОБ и составляет _____
(сумма цифрами и прописью в российских рублях)

4.2. Оплата Услуги осуществляется в размере 100% предоплаты до получения Услуги путем внесения наличных денежных средств в кассу Учреждения или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Учреждения.

5. Ответственность сторон

5.1. В случае ненадлежащего оказания медицинской услуги Пациент вправе по своему выбору потребовать:

- безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги;
- уменьшения стоимости предоставленной услуги;
- исполнения услуги другим специалистом;
- расторгнуть договор и потребовать возмещения убытков.

5.2. Учреждение освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения Пациентом своих обязанностей или по другим основаниям, предусмотренным законодательством.

5.3. Пациент обязан полностью возместить Учреждению понесенные убытки, если оно не смогло оказать Услугу или было вынуждено прекратить ее оказание по вине пациента.

5.4. В случае неоплаты Пациентом стоимости Услуги на условиях, указанных в разделе 3 настоящего Договора, Учреждение имеет право отказать Пациенту в оказании Услуги до оплаты последним ее стоимости. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим Договором или в связи с ним, Стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров.

5.5. В остальных случаях Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

6. Качество услуги

6.1. Качество оказания Услуги определяется соблюдением технологии диагностики и лечения.

6.2. Оказанная медицинской организацией Услуга считается исполненной с надлежащим качеством, если Пациент не заявил претензий в период нахождения в стационаре, прохождения диагностического обследования и / или лечения в поликлинике.

7. Срок действия договора и порядок его расторжения

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания и завершается получением Пациентом Услуги (подтверждением получения пациентом Услуги является медицинское заключение установленной формы (в зависимости от вида оказанной медицинской Услуги)).

7.2. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору должны быть составлены в письменной форме и подписаны Сторонами, либо их уполномоченными представителями.

7.3. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон.

7.4. Пациент вправе расторгнуть Договор об оказании Услуги и потребовать полного возмещения убытков, если выявлены недостатки оказания Услуги. Пациент вправе расторгнуть Договор также в случае, если обнаружены существенные недостатки оказания Услуги или иные существенные отклонения от условий Договора.

7.5. Договор может быть расторгнут и по другим основаниям, предусмотренным законодательством.

8. Адреса и реквизиты Сторон

ГАУЗ РОБ
ИНН 1513031126 КПП 151301001
Юр.адрес 3620123, РСО - Алания,
г.Владикавказ, ул.Иристонская, 45 «а»
Телефон: 51-69-40
Р/счет: 40602810000220000119
К/счет: 30101810200000000714
в АКБ «БАНК МОСКВЫ»
БИК 040702714
ОКПО 37410974

Контактный 51-69-40
Телефон:

Директор _____ Дзгоева И.С.
/подпись/

МП

Пациент
Ф.И.О. _____
Дата рождения _____
Паспорт _____
выдан _____

прописан по адресу: _____

Пациент _____
(Ф.И.О.)

/подпись/

Приложение № 2
к Положению
о порядке и условиях
предоставления платных
медицинских услуг
ГАОУЗ РОБ

Журнал регистрации платных медицинских услуг

Ф.И.О. пациента _____

№ истории болезни _____

№ п/п	Виды услуг	Основание для оплаты	Дата оказания услуги	Сумма выплаты	Ф.И.О. и должность специалиста, оказавшего платную медицинскую услугу

Личная подпись пациента,
(лица представляющего его интересы) _____

Медицинская сестра – координатор
/администратор _____

Директор
ГАОУЗ РОБ



Дзгоева И.С.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«РЕСПУБЛИКАНСКАЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ**

ПРИКАЗ

от « 16 » 06 2015

№ 81-2

**О введении в действие положения о порядке и условиях
предоставления платных медицинских услуг**

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Северная Осетия-Алания от 16.06.2015 № 541 о/д

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Ввести в действие с 16.06.2015 утвержденные приказом МЗ РСО-Алания от 16.06.2015 № 541 о/д прилагаемые:

«Положение о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг государственным автономным учреждением здравоохранения «Республиканская офтальмологическая больница» Министерства здравоохранения РСО-Алания;

перечень платных медицинских услуг, оказываемых ГАУЗ «Республиканская офтальмологическая больница»;

прейскурант платных медицинских услуг, оказываемых ГАУЗ «Республиканская офтальмологическая больница».

2. Утвердить список специалистов, оказывающих платные медицинские услуги, в том числе в основное рабочее время согласно приложению.

3. Заведующим отделениями и кабинетами обеспечить пациентов доступной и полной информацией о порядке предоставления платных медицинских услуг.

4. Назначить ответственными:

- за организацию платных медицинских услуг, в том числе подготовку договоров с пациентами, за качество оказания платных медицинских услуг заместителя директора по медицинской части и клинико-экспертной работе Айларову М.М.

- за соблюдение финансовой дисциплины при оказании платных медицинских услуг - Атаеву Т. О., главного бухгалтера;

- за формирование тарифов (ценообразование) на медицинские услуги, оказываемые учреждением на платной основе -- Тогузову О.Б., заместителя директора по экономическим вопросам.

11. В соответствии с Порядком предоставления платных медицинских услуг в ГАУЗ РОБ МЗ РСО-Алания, обеспечить распределение денежных средств фонда оплаты труда, поступивших от предоставления платных медицинских услуг, между работниками с учетом их индивидуального трудового вклада.

12. Заведующим структурными подразделениями обеспечить соблюдение порядка работы специалистов в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

13. Контроль за исполнением данного приказа оставляю за собой.

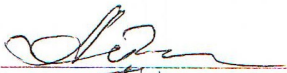
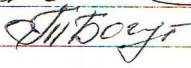
14. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Директор



И.Дзгоева

С приказом ознакомлены:




Айларова М.М.

Тогузова О.Б.

Атаева Т.О.

Хаев В.Е.

Туаева Ж.Х.

**Список специалистов
ГАОЗ РОБ МЗ РСО-Алания,
оказывающих платные медицинские услуги, в том числе
в основное рабочее время**

- | | |
|---------------------|---|
| 1. Хаев В.Е. | Заведующий отделением врач-офтальмолог 1-го
офтальмологического отделения |
| 2. Гуриева Л.Э. | Врач-офтальмолог кабинета неотложной
офтальмологической помощи |
| 3. Хуцистова Н.К. | Врач-офтальмолог 1-го офтальмологического отделения |
| 4. Туаева Ж.Х. | Заведующий отделением врач-офтальмолог 2-го
офтальмологического отделения |
| 5. Гусова М.К. | К.м.н., главный внештатный офтальмолог МЗ РСО-А,
врач-офтальмолог кабинета неотложной офтальмологической
помощи |
| 6. Катаева Т.А. . | Врач-офтальмолог 2-го офтальмологического отделения |
| 7. Мурзаканова З.Е. | Врач-офтальмолог 2-го офтальмологического отделения |
| 8. Клепнев А.В. | Заведующий кабинетом врач-офтальмолог кабинета
консультативно-диагностического приема |
| 9. Джигоева А.В. | Врач-офтальмолог глаукомного кабинета |
| 10. Короев А.О. | Врач-офтальмолог 1-го офтальмологического отделения |
| 11. Бестолова З.Д. | Врач-офтальмолог кабинета неотложной
офтальмологической помощи |
| 12. Хаев О.В. | Врач-офтальмолог кабинета неотложной
офтальмологической помощи |

13. Айларова М.М.
14. Пелибосянц О.О.
15. Сидакова М.М.
16. Каллагов Э.У.
17. Габараева Р. В.
18. Арутюнова Е.Г.
19. Гадиева Л.В.
20. Персаева Э.П.
21. Кесаева А.М.

Врач-офтальмолог глаукомного кабинета

Врач-офтальмолог- протезист

Врач-анестезиолог-реаниматолог

Врач-анестезиолог-реаниматолог

лаборант

медицинская сестра

старшая медицинская сестра операционной

медицинская сестра

медицинская сестра-анестезист