|  |
| --- |
| Приложение 6к приказу от 31.03.2017 № 118 |
| ***Пример заполнения Договора на оказание платных медицинских услуг по серопрофилактике клещевого энцефалита***  |
| КГБУЗ «КМКБ № 7»г. Красноярск, ул. Ак. Павлова, 4тел. (391) 262-27-03, 262-32-50**НАРЯД-ЗАКАЗ**

|  |
| --- |
| Ф.И.О. заказчика: Иванов Иван Иванович |
| Адрес: ул. Судостроительная, 25а-4 |
| Телефон: 8-923-245-16-12 |
| Дата выполнения заказа: «01» апреля 2017 г. |
| За что получено (вид продукции, услуги):  |
| серопрофилактика (1 мл – 1 доза), 7 доз |
|  |
|  |
| Всего по квитанции: 4 732,00 рубля |
| Сумма прописью: Четыре тысячи семьсот тридцать два  |
| рубля 00 копеек |
|  |
|  |
|  |
| Оплатил заказчик: /И.И. Иванов |
| (подпись, расшифровка) |
| Получил: /Е.И. Григорьева |
| (подпись, расшифровка) |
| Дата оплаты: «01» апреля 2017 г. |
|  |

 | **Договор****на оказание платных медицинских услуг**

|  |  |
| --- | --- |
| г. Красноярск | «01» апреля 2017 г. |

КГБУЗ «КМКБ № 7» в лице главного врача Лопатина Дмитрия Юрьевича, действующего на основании Устава и Иванов Иван Иванович, проживающий по адресу: ул. Судостроительная, 25а-4, именуемый в дальнейшем «Пациент», заключили договор о нижеследующем:1. КГБУЗ «КМКБ № 7» оказывает пациенту платные Услуги (консультационные, лечебно-диагностические, проведение периодических и предварительных медицинских осмотров, экспертиза на право владения оружием, экспертиза профпригодности в объемах, согласованных сторонами, после их оплаты. КГБУЗ «КМКБ № 7» может привлекать для оказания Услуг третьих лиц.2. Пациент ознакомлен с объемом медицинских услуг, предоставляемых по настоящему договору, сроком выполнения.3. Пациент обязан информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.4. Стоимость услуги устанавливается действующим прейскурантом (в российских рублях).5. Пациент дает согласие на оказание услуг на платной основе, а так же подтверждает свое согласие на обработку персональных данных в соответствие с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 № 152-93 «О персональных данных».6. Качество оказания Услуги определяется соблюдением технологий лечебно-диагностического процесса с учетом допустимых отклонений.7. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим договором или в связи с ним, Стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров.8. Договор может быть расторгнут по инициативе сторон до момента представления медицинской услуги.9. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и завершается получением пациентом Услуги (подтверждением получения пациентом Услуги являются результаты диагностического обследования или врачебного заключения).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| КГБУЗ «КМКБ № 7»ИНН 2461006720 КПП 24611001Юр. Адрес: г. Красноярск,ул. Ак. Павлова, 4тел./факс: 262-27-03, 262-32-50ОГРН 1022401946324Главный врач КГБУЗ «КМКБ № 7»

|  |  |
| --- | --- |
|  | Д.Ю. Лопатин |

 |

|  |
| --- |
| Пациент: Иванов Иван Иванович |
| Дата рождения: 04.10.1965 г. |
| Паспорт: 04 11 000000 |
| Выдан: УВД Свердловского района г.  |
| Красноярска 09.11.2010 г., код |
| подразделения 242-008 |
| Зарегистрирован по адресу: 660012, |
| Красноярский край, г. Красноярск,  |
| ул. Судостроительная, 25а-4 |
| /И.И. Иванов |
| (подпись/расшифровка) |

 |

 |

|  |
| --- |
| ***Пример заполнения Договора на оказание платных медицинских услуг*** |
| КГБУЗ «КМКБ № 7»г. Красноярск, ул. Ак. Павлова, 4тел. (391) 262-27-03, 262-32-50**НАРЯД-ЗАКАЗ**

|  |
| --- |
| Ф.И.О. заказчика: Иванов Иван Иванович |
| Адрес: ул. Судостроительная, 25а-4 |
| Телефон: 8-923-245-16-12 |
| Дата выполнения заказа: «01» апреля 2017 г. |
| За что получено (вид продукции, услуги):  |
| рентгенография пясти, профилактический прием |
| (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда |
|  |
| Всего по квитанции: 497,00 рублей |
| Сумма прописью: Четыреста девяносто семь рублей |
| 00 копеек |
|  |
|  |
|  |
| Оплатил заказчик: /И.И. Иванов |
| (подпись, расшифровка) |
| Получил: /Е.И. Григорьева |
| (подпись, расшифровка) |
| Дата оплаты: «01» апреля 2017 г. |
|  |

 | **Договор****на оказание платных медицинских услуг**

|  |  |
| --- | --- |
| г. Красноярск | «01» апреля 2017 г. |

КГБУЗ «КМКБ № 7» в лице главного врача Лопатина Дмитрия Юрьевича, действующего на основании Устава и Иванов Иван Иванович, проживающий по адресу: ул. Судостроительная, 25а-4, именуемый в дальнейшем «Пациент», заключили договор о нижеследующем:1. КГБУЗ «КМКБ № 7» оказывает пациенту платные Услуги (консультационные, лечебно-диагностические, проведение периодических и предварительных медицинских осмотров, экспертиза на право владения оружием, экспертиза профпригодности в объемах, согласованных сторонами, после их оплаты. КГБУЗ «КМКБ № 7» может привлекать для оказания Услуг третьих лиц.2. Пациент ознакомлен с объемом медицинских услуг, предоставляемых по настоящему договору, сроком выполнения.3. Пациент обязан информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.4. Стоимость услуги устанавливается действующим прейскурантом (в российских рублях).5. Пациент дает согласие на оказание услуг на платной основе, а так же подтверждает свое согласие на обработку персональных данных в соответствие с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 № 152-93 «О персональных данных».6. Качество оказания Услуги определяется соблюдением технологий лечебно-диагностического процесса с учетом допустимых отклонений.7. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим договором или в связи с ним, Стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров.8. Договор может быть расторгнут по инициативе сторон до момента представления медицинской услуги.9. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и завершается получением пациентом Услуги (подтверждением получения пациентом Услуги являются результаты диагностического обследования или врачебного заключения).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| КГБУЗ «КМКБ № 7»ИНН 2461006720 КПП 24611001Юр. Адрес: г. Красноярск,ул. Ак. Павлова, 4тел./факс: 262-27-03, 262-32-50ОГРН 1022401946324Главный врач КГБУЗ «КМКБ № 7»

|  |  |
| --- | --- |
|  | Д.Ю. Лопатин |

 |

|  |
| --- |
| Пациент: Иванов Иван Иванович |
| Дата рождения: 04.10.1965 г. |
| Паспорт: 04 11 000000 |
| Выдан: УВД Свердловского района г.  |
| Красноярска 09.11.2010 г., код |
| подразделения 242-008 |
| Зарегистрирован по адресу: 660012, |
| Красноярский край, г. Красноярск,  |
| ул. Судостроительная, 25а-4 |
| /И.И. Иванов |
| (подпись/расшифровка) |

 |

 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 7к приказу от 31.03.2017 № 118 |
|

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Главному врачу КГБУЗ «КМКБ № 7»Д.Ю. Лопатинуот

|  |
| --- |
| *фамилия, имя, отчество* |
|  |
|  |
|  |
| *проживающего по адресу* |

 |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**Прошу оказать мне платную медицинскую услугу**серопрофилактика клещевого энцефалита**Знаю, что при наличии полиса добровольного медицинского страхования по программе «Защита от клещевого энцефалита» могу получить данную медицинскую услугу бесплатно.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
|  | «\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. |

  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Главному врачу КГБУЗ «КМКБ № 7»Д.Ю. Лопатинуот

|  |
| --- |
| *фамилия, имя, отчество* |
|  |
|  |
|  |
| *проживающего по адресу* |

 |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**Прошу оказать мне платную медицинскую услугу**серопрофилактика клещевого энцефалита**Знаю, что при наличии полиса добровольного медицинского страхования по программе «Защита от клещевого энцефалита» могу получить данную медицинскую услугу бесплатно.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
|  | «\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. |

 |
|

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 9к приказу от 31.03.2017 № 118 |
|  | Главному врачу КГБУЗ «КМКБ № 7»Д.Ю. Лопатинуот

|  |
| --- |
| *фамилия, имя, отчество* |
|  |
|  |
|  |
| *проживающего по адресу* |

 |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**Прошу оказать мне платные медицинские услуги

|  |
| --- |
|  |
|  |

Знаю, что при наличии полиса обязательного медицинского страхования могу получить эти услуги в рамках Программы Государственных гарантий обеспечения населения Красноярского края бесплатной медицинской помощью.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
|  | «\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. |

 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 9к приказу от 31.03.2017 № 118 |
|  | Главному врачу КГБУЗ «КМКБ № 7»Д.Ю. Лопатинуот

|  |
| --- |
| *фамилия, имя, отчество* |
|  |
|  |
|  |
| *проживающего по адресу* |

 |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**Прошу оказать мне платные медицинские услуги

|  |
| --- |
|  |
|  |

Знаю, что при наличии полиса обязательного медицинского страхования могу получить эти услуги в рамках Программы Государственных гарантий обеспечения населения Красноярского края бесплатной медицинской помощью.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
|  | «\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. |

 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 1к приказу от 31.03.2017 № 118 |

**Алгоритм оказания медицинской помощи лицам, пострадавшим от укуса клеща**

1. Первая медицинская помощь (снятие клеща и обработка раны) предоставляется населению бесплатно в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (при наличии полиса ОМС).

2. В случае наличия у пострадавшего полиса ДМС введение иммуноглобулина производится бесплатно в рамках договора страхования.

3. Незастрахованным лицам введение иммуноглобулина производится на платной основе в соответствии с утвержденным министерством здравоохранения Красноярского края прейскурантом платных медицинских услуг.

4. При направлении пациента на иммунопрофилактику клещевого энцефалита обязательно доводить информацию о количестве доз противоклещевого иммуноглобулина необходимом для проведения серопрофилактики (1 мл на 10 кг веса) и о стоимости услуги (676,00 рублей из расчета 1 мл – 1 доза).

5. После консультации с лечащим врачом пациенту, изъявившему желание получить платную медицинскую услугу по серопрофилактике, необходимо:

* оплатить необходимое количество услуг через платежную систему;
* предоставить чек медицинскому работнику (чек как подтверждение оплаты остается у пациента);
* по прилагаемому образцу заполнить заявление на оказание платной медицинской услуги по серопрофилактике (остается у медицинского работника);
* заполнить Договор на оказание платных медицинских услуг в 2 экземплярах (один экземпляр – для Исполнителя (КГБУЗ «КМКБ № 7») и один экземпляр – для Заказчика (пациента)).

6. Медицинскому работнику в свою очередь необходимо:

* оказать медицинские услуги надлежащего качества в соответствии с договором;
* внести данные в реестр оказанных медицинских услуг по серопрофилактике клещевого энцефалита за плату в соответствии с запрашиваемой формой (сдается в планово-экономический отдел в срок до 10 числа месяца следующего за отчетным).

**Алгоритм оказания медицинской помощи на платной основе (на услуги кроме серопрофилактики) через платежную систему**

1. Платные медицинские услуги оказываются в случае добровольного волеизъявления гражданина в соответствии с утвержденным министерством здравоохранения Красноярского края прейскурантом платных медицинских услуг.

2. После консультации с лечащим врачом пациенту, изъявившему желание получить платную медицинскую услугу, необходимо:

* оплатить необходимое количество услуг через платежную систему;
* предоставить чек медицинскому работнику (чек как подтверждение оплаты остается у пациента);
* по прилагаемому образцу заполнить заявление на оказание платной медицинской услуги по проведению рентгенологических исследований, оперативного лечения, введения лекарственных препаратов, физиотерапевтических процедур, лечебной физкультуры и массажа, консультаций специалистов (остается у медицинского работника).
* заполнить Договор на оказание платных медицинских услуг в 2 экземплярах (один экземпляр – для Исполнителя (КГБУЗ «КМКБ № 7») и один экземпляр – для Заказчика (пациента)).

3. Медицинскому работнику в свою очередь необходимо:

* оказать медицинские услуги надлежащего качества в соответствии с договором;
* внести данные в журнал учета платных медицинских услуг (журнал должен быть прошнурован, пронумерован и заверен печатью и подписью главного врача КГБУЗ «КМКБ № 7»);

ежемесячно предоставлять в планово-экономический отдел отчет об оказанных платных медицинских услугах за период в срок до 01 числа месяца следующего за отчетным.