|  |  |
| --- | --- |
| Приложение 6  к 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, 4  тел. (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 24611001  Юр. Адрес: г. Красноярск,  ул. Ак. Павлова, 4  тел./факс: 262-27-03, 262-32-50  ОГРН 1022401946324  Главный 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, 4  тел. (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 24611001  Юр. Адрес: г. Красноярск,  ул. Ак. Павлова, 4  тел./факс: 262-27-03, 262-32-50  ОГРН 1022401946324  Главный 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 7  к приказу от 31.03.2017 № 118 |
| |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | Главному врачу КГБУЗ «КМКБ № 7»  Д.Ю. Лопатину  от   |  | | --- | | *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. Лопатину  от   |  | | --- | | *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 9  к приказу от 31.03.2017 № 118 | |  | Главному врачу КГБУЗ «КМКБ № 7»  Д.Ю. Лопатину  от   |  | | --- | | *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 9  к приказу от 31.03.2017 № 118 | |  | Главному врачу КГБУЗ «КМКБ № 7»  Д.Ю. Лопатину  от   |  | | --- | | *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 1  к 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.