Приложение № 1
к приказу ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ»
от 01.09.2025 № 301

Печатные формы договора с физическим лицом на оказание платных медицинских услуг с приложениями и ИДС

(ФОРМА)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П. Б. Ганнушкина
Департамента здравоохранения города Москвы»
(ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ»)

Информированное добровольное согласие на оказание медицинской услуги на платной основе

Я, _____, _____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____, документ, удостоверяющий личность гражданина: _____ _____, _____ г. (далее – Потребитель)

1. При заключении договора мне предоставлены 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.

Я уведомлен(а), что отказ от заключения договора на предоставление медицинской услуги на платной основе не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых Потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы.

2. Мне разъяснено, что медицинские организации, участвующие в реализации программы и территориальной программы, имеют право оказывать платные медицинские услуги:

- на иных условиях, чем предусмотрено программой, территориальными программами и (или) целевыми программами, в следующих случаях:
- назначение и применение по медицинским показаниям лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, если их назначение и применение не обусловлены жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, входящих в указанный перечень, а также не закупаемых за счет бюджетных ассигнований бюджетов всех уровней бюджетной системы Российской Федерации;
- применение медицинских изделий, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, не закупаемых за счет бюджетных ассигнований бюджетов всех уровней бюджетной системы Российской Федерации и не подлежащих оплате в рамках программы и территориальной программы;
- установление индивидуального поста медицинского наблюдения при оказании медицинской помощи в стационарных условиях при отсутствии медицинских показаний к установлению индивидуального поста медицинского наблюдения;
- анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;
- гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации;
- при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, которые предусмотрены статьей 21 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", а также за исключением оказания медицинской помощи в экстренной форме.

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.

4. Платные медицинские услуги должны соответствовать номенклатуре медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и 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 Заказчика.

5. Мне предоставлены для ознакомления Исполнителем:
- выписка из единого государственного реестра юридических лиц Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П.Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения города Москвы», а также выписка из реестра лицензий;
- перечень платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, с указанием цен в рублях (прейскурант);
- сведения о сроках ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, в случае участия Исполнителя в реализации территориальной программы;
- сведения о размещении стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги, на сайте исполнителя (https://pkb4.ru), на "Официальный интернет-портал правовой информации" (www.pravo.gov.ru) и официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации, на котором размещен рубрикатор клинических рекомендаций, а также о наличии ссылок на информационных стендах Исполнителя;
- 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;
- перечень категорий потребителей, имеющих право на получение льгот, а также перечень льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг, в случае их установления;
- адреса и телефоны учредителя - исполнительного органа города Москвы 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).
6. Мне разъяснены мои права (права лица, законным представителем которого я являюсь), предусмотренные статьями 19 и 21 Федерального закона от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 323-ФЗ), Законом Российской Федерации от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» (далее – Закон РФ № 3185-1), Законом Российской Федерации от 07.02.92 N 2300-1 «О защите прав потребителей», постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 № 659 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».
7. Я ознакомлен(а) с приказом Министерства Российской Федерации от 31.07.2020 №789н «Об утверждении Порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.04.2026 № 286н «Об утверждении порядка выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений».
8. Я уведомлен об обязанности соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила внутреннего распорядка для пациентов в ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ»Ю а также предупрежден о том, что несоблюдение назначений и рекомендаций медицинских работников Исполнителя, включая, но не ограничиваясь: нарушение предписанного режима лечения, графика приема лекарственных препаратов, сроков явки на процедуры и осмотры/обследования, - может повлечь за собой снижение качества предоставляемой платной медицинской услуги, невозможность ее завершения в установленный договором срок, причинение вреда моему здоровью.
9. В соответствии со статьёй 20 Федерального закона № 323-ФЗ, я информирован(а), что необходимым предварительным условием оказания медицинской помощи является получение добровольного информированного согласия Потребителя, а также о том, что Потребитель имеет право отказаться от получения медицинской помощи, за исключением случаев, установленных Законом РФ № 3185-1.
10. Внимательно прочитав данный документ, я подтверждаю, что получил(а) исчерпывающую информацию о предоставлении медицинской услуги (медицинских услуг) на платной основе и условиях её (их) оказании в доступной для меня форме, и выбираю оказание платных медицинских услуг, о чем свидетельствует моя собственноручная подпись.

Потребитель: ✓_____ / Фамилия И.О. /

«__»_____20__ г.

Я, (указать должность, фамилию, имя и отчество) подтверждаю, что я довел(а) до Потребителя полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг в медицинских учреждениях согласно перечню медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Администратор _____ / Фамилия И.О. /

«___»_____20__ г.