**ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 5»**

# ПРИКАЗ

**09.01.2019** **№ 24**

«Об организации предоставления
платных медицинских услуг
в ГАУЗ ТО «Городская поликлиника№5»

Во исполнение Федерального Закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», постановления Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 N 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», Приказа Минздравсоцразвития РФ от 12.04.2011 N 302н "Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 21.10.2011 N 22111), (в ред. Приказов Минздрава РФ от 15.05.2013 N 296н, от 05.12.2014 N 801н), Приказа Минздравсоцразвития РФ от 05.05.2016г №282н « Об утверждении порядка проведения экспертизы профессиональной пригодности и формы медицинского заключения о пригодности или непригодности к выполнению отдельных видов работ», Постановления Правительства РФ от 31 мая 2014 г. № 500 "О медицинском освидетельствовании лиц на наличие или отсутствие заболевания, препятствующего поступлению на службу в следственные органы и учреждения Следственного комитета Российской Федерации и исполнению служебных обязанностей сотрудника Следственного комитета Российской Федерации», Постановления Правительства РФ от 26 августа 2013 г. № 733 "О медицинском освидетельствовании лиц на наличие или отсутствие заболевания, препятствующего поступлению на службу в органы и учреждения прокуратуры Российской Федерации и исполнению служебных обязанностей прокурорского работника", Приказа Минздрава России от 15.12.2014 N 835н «Об утверждении Порядка проведения предсменных, предрейсовых и послесменных, послерейсовых медицинских осмотров».

**П Р И К А З Ы В А Ю:**

1. Принять к исполнению и использовать в работе;

1.1 Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.04.2011 N 302н "Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 21.10.2011 N 22111), (в ред. Приказов Минздрава РФ от

15.05.2013 N 296н, от 05.12.2014 N 801н).

1.1.1. Перечень вредных и (или) опасных производственных факторов, при наличии которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), (приложение N 1 к приказу Минздравсоцразвития РФ от 12.04.2011 N 302н "Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда" );

1.1.2. Перечень работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования) работников, (приложение N 2 к приказу Минздравсоцразвития РФ от 12.04.2011 N 302н "Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда");

1.1.3. Порядок проведения обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, (приложение N 3 к приказу Минздравсоцразвития РФ от 12.04.2011 N 302н "Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда")

1.2. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 05.05.2016г №282н «Об утверждении порядка проведения экспертизы профессиональной пригодности и формы медицинского заключения о пригодности или непригодности к выполнению отдельных видов работ»

1.2.1 Порядок экспертизы профессиональной пригодности (приложение 4 к приказу Минздравсоцразвития РФ от 12.04.2011 N 302н "Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда").

1.2.2. Форму медицинского заключения о пригодности или непригодности к выполнению отдельных видов работ (приложение 5 к приказу Минздравсоцразвития РФ от 12.04.2011 N 302н "Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда").

1.3. Постановление Правительства РФ от 31 мая 2014 г. № 500 "О медицинском освидетельствовании лиц на наличие или отсутствие заболевания, препятствующего поступлению на службу в следственные органы и учреждения Следственного комитета Российской Федерации и исполнению служебных обязанностей сотрудника Следственного комитета Российской Федерации".

1.3.1. Правила медицинского освидетельствования на наличие или отсутствие заболевания, препятствующего поступлению на службу в следственные органы и учреждения Следственного комитета Российской Федерации и исполнению служебных

обязанностей сотрудника Следственного комитета Российской Федерации (приложение № 1 к постановлению Правительства РФ от 31 мая 2014 г. № 500 "О медицинском освидетельствовании лиц на наличие или отсутствие заболевания, препятствующего поступлению на службу в следственные органы и учреждения Следственного комитета Российской Федерации и исполнению служебных обязанностей сотрудника Следственного комитета Российской Федерации");

1.3.2.Перечень заболеваний, препятствующих поступлению на службу в следственные органы и учреждения Следственного комитета Российской Федерации и исполнению служебных обязанностей сотрудника Следственного комитета Российской Федерации (приложение№2 к постановлению Правительства РФ от 31 мая 2014 г. № 500 "О медицинском освидетельствовании лиц на наличие или отсутствие заболевания, препятствующего поступлению на службу в следственные органы и учреждения Следственного комитета Российской Федерации и исполнению служебных обязанностей сотрудника Следственного комитета Российской Федерации" );

1.3.3. форму медицинского заключения о наличии или отсутствии заболевания, препятствующего поступлению на службу в следственные органы и учреждения Следственного комитета Российской Федерации и исполнению служебных обязанностей сотрудника Следственного комитета Российской Федерации (приложение№3 к постановлению Правительства РФ от 31 мая 2014 г. № 500 "О медицинском освидетельствовании лиц на наличие или отсутствие заболевания, препятствующего поступлению на службу в следственные органы и учреждения Следственного комитета Российской Федерации и исполнению служебных обязанностей сотрудника Следственного комитета Российской Федерации");

1.3.4.форму медицинского заключения о возможности сотрудника Следственного комитета Российской Федерации по состоянию здоровья проходить службу в местности с особыми климатическими условиями (приложение №4 к постановлению Правительства РФ от 31 мая 2014 г. № 500 "О медицинском освидетельствовании лиц на наличие или отсутствие заболевания, препятствующего поступлению на службу в следственные органы и учреждения Следственного комитета Российской Федерации и исполнению служебных обязанностей сотрудника Следственного комитета Российской Федерации" )

1.4. Постановление Правительства РФ от 26 августа 2013 г. № 733 "О медицинском освидетельствовании лиц на наличие или отсутствие заболевания, препятствующего поступлению на службу в органы и учреждения прокуратуры Российской Федерации и исполнению служебных обязанностей прокурорского работника".

1.4.1 Правила проведения медицинского освидетельствования лица на предмет наличия (отсутствия) заболевания, препятствующего поступлению на службу в органы и учреждения прокуратуры Российской Федерации и исполнению служебных обязанностей прокурорского работника (приложение 1 к постановлению Правительства РФ от 26 августа 2013 г. № 733 "О медицинском освидетельствовании лиц на наличие или отсутствие заболевания, препятствующего поступлению на службу в органы и учреждения прокуратуры Российской Федерации и исполнению служебных обязанностей прокурорского работника" )

1.4.2.Перечень заболеваний, препятствующих поступлению на службу в органы и учреждения прокуратуры Российской Федерации и исполнению служебных обязанностей прокурорского работника (приложение 2 к постановлению Правительства РФ от 26 августа 2013 г. № 733 "О медицинском освидетельствовании лиц на наличие или отсутствие заболевания, препятствующего поступлению на службу в органы и учреждения прокуратуры Российской Федерации и исполнению служебных обязанностей прокурорского работника" )

1.4.3.Форму медицинского заключения о наличии (отсутствии) заболевания, препятствующего поступлению на службу в органы и учреждения прокуратуры Российской Федерации и исполнению служебных обязанностей прокурорского работника (приложение 3

к постановлению Правительства РФ от 26 августа 2013 г. № 733 "О медицинском освидетельствовании лиц на наличие или отсутствие заболевания, препятствующего поступлению на службу в органы и учреждения прокуратуры Российской Федерации и исполнению служебных обязанностей прокурорского работника" )

1.4.4.Форму медицинского заключения о наличии (отсутствии) у прокурорского работника противопоказаний для прохождения службы в местностях с тяжелыми и неблагоприятными климатическими условиями (приложение 4 к постановлению Правительства РФ от 26 августа 2013 г. № 733 "О медицинском освидетельствовании лиц на наличие или отсутствие заболевания, препятствующего поступлению на службу в органы и учреждения прокуратуры Российской Федерации и исполнению служебных обязанностей прокурорского работника")

1.5 Приказ Минздрава России от 15.12.2014 N 835н «Об утверждении Порядка проведения предсменных, предрейсовых и послесменных, послерейсовых медицинских осмотров».

1.5.1. Порядок проведения предсменных, предрейсовых и послесменных, послерейсовых медицинских осмотров (приложение 1 к приказу Минздрава России от 15.12.2014 N 835н «Об утверждении Порядка проведения предсменных, предрейсовых и послесменных, послерейсовых медицинских осмотров». ).

1.5.2. Форму «Журнал регистрации предрейсовых, предсменных медицинских осмотров» и «Журнал регистрации послерейсовых, послесменных медицинских осмотров» (приложение 2 к приказу Минздрава России от 15.12.2014 N 835н «Об утверждении Порядка проведения предсменных, предрейсовых и послесменных, послерейсовых медицинских осмотров».)

**2. Утвердить:**

2.1. Правила предоставления платных медицинских услуг ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 5» (приложение №1);

2.2. Перечень платных медицинских услуг, оказываемых ГАУЗ ТО "Городская поликлиника №5" предусмотренных территориальной программой обязательного медицинского страхования на территории Тюменской области оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, в рамках договоров физических лиц и договоров с юридическими лицами (приложение №2);

2.3. Перечень платных медицинских услуг, оказываемых ГАУЗ ТО"Городская поликлиника №5" не предусмотренные территориальной программой обязательного медицинского страхования на территории Тюменской области оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, в рамках договоров физических лиц и договоров с юридическими лицами (приложение №3);

2.4. Стандартные операционные процедуры (СОП)

2.4.1 *Стандартную операционную процедуру (СОП)* «Порядок действий при освидетельствовании при поступлении на службу в следственные органы и учреждения Следственного комитета Российской Федерации и исполнению служебных обязанностей сотрудника Следственного комитета Российской Федерации» (приложение №4)

2.4.1.а. Чек-лист внутреннего аудита выполнения СОП «Порядок действий при освидетельствовании при поступлении на службу в следственные органы и учреждения Следственного комитета Российской Федерации и исполнению служебных обязанностей сотрудника Следственного комитета Российской Федерации» (приложение №5)

2.4.1.б. Тест оценки знаний сотрудников СОП «Порядок действий при освидетельствовании при поступлении на службу в следственные органы и учреждения Следственного комитета Российской Федерации и исполнению служебных обязанностей сотрудника Следственного комитета Российской Федерации» (приложение №6)

2.4.2. *Стандартную операционную процедуру (СОП)* «Порядок действий при прохождении гражданами медицинской комиссии при предварительных (при поступлении на

работу) и периодических медицинских осмотрах (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями» (приложение №7)

2.4.2.а. Чек-лист внутреннего аудита выполнения СОП «Порядок действий при прохождении гражданами медицинской комиссии при предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотрах (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями» (приложение №8)

2.4.2.б. Тест оценки знаний сотрудников СОП «Порядок действий при прохождении гражданами медицинской комиссии при предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотрах (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями» (приложение №9)

2.4.3. *Стандартную операционную процедуру (СОП)* «Порядок действий при освидетельствовании при поступлении на службу в органы и учреждения прокуратуры Российской Федерации и исполнению служебных обязанностей прокурорского работника» (приложение №10)

2.4.3.а. Чек-лист внутреннего аудита выполнения СОП «Порядок действий при освидетельствовании при поступлении на службу в органы и учреждения прокуратуры Российской Федерации и исполнению служебных обязанностей прокурорского работника» (приложение №11)

2.4.3.б. Тест оценки знаний сотрудников СОП «Порядок действий при освидетельствовании при поступлении на службу в органы и учреждения прокуратуры Российской Федерации и исполнению служебных обязанностей прокурорского работника» (приложение №12)

2.4.4. *Стандартную операционную процедуру (СОП)* «Порядок действий при проведении предсменных, предрейсовых, послесменных, послерейсовых медицинских осмотров водителей» (приложение №13)

2.4.4.а. Чек-лист внутреннего аудита выполнения СОП «Порядок действий при проведении предсменных, предрейсовых, послесменных, послерейсовых медицинских осмотров водителей» (приложение №14)

2.4.4.б. Тест оценки знаний сотрудников СОП «Порядок действий при проведении предсменных, предрейсовых, послесменных, послерейсовых медицинских осмотров водителей» (приложение №15)

2.4.5. Маршрутный лист для прохождения освидетельствования (приложение №16)

2.4.6. Алгоритм оказания платных медицинских услуг в ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5» (приложение №17)

2.4.7. Алгоритм оказания стоматологических услуг в ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5» (приложение №18)

2.4.8. Алгоритм вакцинации детей альтернативными вакцинами на платной основе (Приложение 19)

3. Продолжить использовать в работе:

3.1.Формы договоров оказания платных медицинских услуг с физическим лицом (приложение№20), утвержденные приказом ГАУЗ ТО «Городская поликлиника№5» № 35 от 14.01.19г;

3.2 Формы информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя), на оказание платных медицинских услуг (приложение №21), утвержденную приказом ГАУЗ ТО «Городская поликлиника№5» №35 от 14, 01.19г. .

4. Контроль за организацией и оказанием платных медицинских услуг, качественное оказание медицинской помощи гражданам в соответствии с прейскурантом цен на платные медицинские услуги, оказываемых в ГАУЗ ТО « Городская поликлиника №5» возложить:

4.1. по взрослому населению: на заместителя главного врача по медицинской части (Костюшина Е.И.)

4.2. по детскому населению: на заместителя главного врача по детству (Старостина О.В.);

5. Назначить ответственным за организацию и оказание платных медицинских услуг, качественное оказание медицинской помощи гражданам в соответствии с прейскурантом цен на платные медицинские услуги, оказываемые в ГАУЗ ТО « Городская поликлиника №5»:

5.1. врача дерматовенеролога (Кудасова Н. М.)..

6. Назначить ответственными за оказание платных медицинских услуг, качественное оказание медицинской помощи гражданам в соответствии с прейскурантом цен на платные медицинские услуги, оказываемых в подведомственных подразделениях:

6.1. по детскому отделению - заместителя главного врача по детству (Старостина О.В.)

6.2. по поликлинике №1 - заведующего поликлиникой № 1 (Горбунова Ю.Б.);

6.3. по поликлинике №2 – заведующего поликлиникой № 2 (Журавлеву У.М..);

7. Назначить ответственными за оказание платных медицинских услуг, качественное оказание медицинской помощи гражданам в соответствии с прейскурантом цен на платные медицинские услуги, оказываемых в структурных подразделениях:

7.1. заведующих терапевтическими отделениями (Гулак Е.А., Кутергина Т.И., Богомазова Т.В., Пономарева С.В.)

7.2. заведующих педиатрическими отделениями (Бухарина К.А., Куличенко М.П.)

7.3. заведующих отделениями узких специалистов (Пантеева Е.В. Трофимова Н.В.)

7.4. заведующую отделением медико-социальной помощи (Бровкина Е.А.)

7.5. заведующего Центром амбулаторной хирургии (Кусанов М.А..), заведующего отделением функциональной диагностики (Кацемон Е.М.), заведующего отделением стоматологии (Шарандак О.А.), заведующего рентгенологическим отделением (Федюшина Н.В.), заведующего клинико-диагностической лабораторией (Абросимова Н.Е.), заведующего отделением профилактики( Кушнерчук О.В.);

8. Ответственным за юридическое сопровождение предоставления платных медицинских услуг назначить юристконсульта (Устинов В.И.);

9. Ответственным за учёт, контроль поступления и расходования средств, ведение учёта и отчётности по предоставлению платных медицинских услуг назначить главного бухгалтера (Сальникова Т.И.);

10. Ответственным за порядок установления цен (тарифов) на платные медицинские услуги и контроль соблюдения утвержденных тарифов на оказанные платные медицинские услуги с юридическими и физическими лицами назначить начальника отдела по экономическим вопросам (Тигеева Т.А.);

11. Ответственными за оформление и заключение договоров с населением на оказание платных медицинских услуг ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 5» назначить:в поликлинике№1 (улица Московский тракт 35а) кассира Неволину М.С и Архипова В. И., а поликлинике №2 ( улица Червишевский тракт 68а) Мумачалова А. А.., филиал ( улица Фидюнинского 5а) Решетникова С. Н., филиал (улица Чаплина 115/2) Дробахина А. И.

12. Ответственными за контроль качества платных медицинских услуг назначить начальника отдела по контролю качества медицинской помощи и экспертизе временной нетрудоспособности (Любимцева Т.С.), заведующего сектором контроля качества медицинской помощи и экспертизы временной нетрудоспособности (председатель подкомиссии ВК №2) (Донова А.А.), заведующего отделением медико-социальной помощи по детству заведующего сектором контроля качества медицинской помощи и экспертизы временной нетрудоспособности по детству (председатель подкомиссии ВК№1) (Самсонова Т.Н.)

13. Врачу дерматовенерологу Кудасовой Н.М.

13.1. еженедельно контролировать организацию и качество платных медицинских услуг в строгом соответствии с «Правилами предоставления платных медицинских услуг в ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 5» в структурных подразделениях поликлиники;

13.2. ежемесячно, до 10 числа, представлять главному врачу информацию по

платным медицинским услугам, оказанным при возможности получения услуги в рамках Территориальной программы ОМС Тюменской области и не входящих в Территориальную программу ОМС Тюменской области по ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 5»;

13.3. организовать и контролировать доступность и наличие информации по «Правилам предоставления платных медицинских услуг в ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 5» в структурных подразделениях;

13.4. обеспечить исполнение утверждённого порядка оформления медицинской документации при оказании платных медицинских услуг: наличие «Информированного добровольного согласия пациента на предоставление медицинских услуг на платной основе», договора на платные медицинские услуги.

13.5 организовать платный прием населения по вакцинации. Вакцинация взрослого населения осуществляется за счет личных средств граждан по адресу: ул. Московский тракт 35а в 340 кабинете в специально отведенное время по расписанию (с8.00 до 9.00); вакцинация детского населения осуществляется за счет личных средств граждан по адресу ул. Московский тракт, 35а в кабинете № 225 в специально отведенное время по расписанию: вторник, четверг с 08.00 до 10.00.

14. Заместителю главного врача по детству (Старостина О.В.), заведующему поликлиникой № 1 (Горбунова Ю.Б.), заведующему поликлиникой № 2 (Журавлева У.М.):

14.1. обеспечить организацию и оказание платных услуг в структурных подразделениях поликлиники;

14.2. ежемесячно до 7 числа - проводить анализ обоснованности, объёма и качества оказанных платных медицинских услуг в структурных подразделениях поликлиники по утверждённой форме и предоставлять аналитическую информацию врачу дерматовенерологу Кудасовой Н.М.

15. начальнику отдела по контролю качества медицинской помощи и экспертизе нетрудоспособности (Любимцева Т.С.), заведующему сектором контроля качества медицинской помощи и экспертизы нетрудоспособности (председатель подкомиссии ВК №2) (Донова А.А.), заведующему отделением медико-социальной помощи по детству заведующего сектором контроля качества медицинской помощи и экспертизы нетрудоспособности по детству (председатель подкомиссии ВК№1) (Самсонова Т.Н.)

15.1. обеспечить контроль обоснованности и качества оказания платных услуг в структурных подразделениях поликлиники;

15.2. Заведующим терапевтическими отделениями ((Гулак Е.А., Кутергина Т.И., Богомазова Т.В., Пономарева С.В.), заведующим педиатрическими отделениями (Бухарина К.А., Куличенко М.П.), заведующей отделением медико-социальной помощи (Бровкина Е.А.), заведующим отделениями узких специалистов (Пантеева Е.В., Трофимова Н.В.), заведующему Центром амбулаторной хирургии (Кусанов М.А..), заведующему отделением функциональной диагностики (Кацемон Е.М.), заведующему отделением стоматологии (Шарандак О.А.), заведующему рентгенологическим отделением (Федюшина Н.В.), заведующему клинико-диагностической лабораторией (Абросимова Н.Е.), заведующему отделением профилактики (Кушнерчук О.В.):

15.1. Обеспечить оказание платных медицинских услуг в соответствии «Правилами предоставления платных медицинских услуг в ГАУЗ ТО Городская поликлиника №5» в подведомственных подразделениях;

15.2. Ежемесячно до 5 числа - проводить анализ обоснованности, объёма и качества оказанных платных медицинских услуг в структурных подразделениях по утверждённой форме и предоставлять аналитическую информацию заведующему поликлиникой;

15.3 Организовать обучение сотрудников подведомственных структурных подразделений согласно СОП «Порядок действий при освидетельствовании при поступлении на службу в следственные органы и учреждения Следственного комитета

Российской Федерации и исполнению служебных обязанностей сотрудника Следственного комитета Российской Федерации» ( приложение №4), «Порядок действий при прохождении гражданами медицинской комиссии при предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотрах (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями» (приложение №7), «Порядок действий при освидетельствовании при поступлении на службу в органы и учреждения прокуратуры Российской Федерации и исполнению служебных обязанностей прокурорского работника» (приложение №10), «Порядок действий при проведении предсменных, предрейсовых, послесменных, послерейсовых медицинских осмотров водителей» (приложение №13)

15.4.Осуществлять контроль проведения аудита в подведомственных структурных подразделениях исполнения СОП «Порядок действий при освидетельствовании при поступлении на службу в следственные органы и учреждения Следственного комитета Российской Федерации и исполнению служебных обязанностей сотрудника Следственного комитета Российской Федерации» ( приложение №4), «Порядок действий при прохождении гражданами медицинской комиссии при предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотрах (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями» (приложение №7), «Порядок действий при освидетельствовании при поступлении на службу в органы и учреждения прокуратуры Российской Федерации и исполнению служебных обязанностей прокурорского работника» (приложение №10), «Порядок действий при проведении предсменных, предрейсовых, послесменных, послерейсовых медицинских осмотров водителей» (приложение №13)

15.5. Довести до сотрудников подведомственных структурных подразделений данный приказ под подпись;

15.6 Провести обучение сотрудников подведомственных структурных подразделений согласно СОП «Порядок действий при освидетельствовании при поступлении на службу в следственные органы и учреждения Следственного комитета Российской Федерации и исполнению служебных обязанностей сотрудника Следственного комитета Российской Федерации» ( приложение №4), «Порядок действий при прохождении гражданами медицинской комиссии при предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотрах (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями» (приложение №7), «Порядок действий при освидетельствовании при поступлении на службу в органы и учреждения прокуратуры Российской Федерации и исполнению служебных обязанностей прокурорского работника» (приложение №10), «Порядок действий при проведении предсменных, предрейсовых, послесменных, послерейсовых медицинских осмотров водителей» (приложение №13)

15.7. Проводить обучение согласно СОП «Порядок действий при освидетельствовании при поступлении на службу в следственные органы и учреждения Следственного комитета Российской Федерации и исполнению служебных обязанностей сотрудника Следственного комитета Российской Федерации» ( приложение №4), «Порядок действий при прохождении гражданами медицинской комиссии при предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотрах (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями» (приложение №7), «Порядок действий при освидетельствовании при поступлении на службу в органы и учреждения прокуратуры Российской Федерации и исполнению служебных обязанностей прокурорского работника» (приложение №10), «Порядок действий при проведении предсменных, предрейсовых, послесменных, послерейсовых медицинских осмотров водителей» (приложение №13)

15.8. Обеспечить выполнение СОП «Порядок действий при освидетельствовании при поступлении на службу в следственные органы и учреждения Следственного комитета Российской Федерации и исполнению служебных обязанностей сотрудника Следственного

комитета Российской Федерации» ( приложение №4), «Порядок действий при прохождении гражданами медицинской комиссии при предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотрах (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями» (приложение №7), «Порядок действий при освидетельствовании при поступлении на службу в органы и учреждения прокуратуры Российской Федерации и исполнению служебных обязанностей прокурорского работника» (приложение №10), «Порядок действий при проведении предсменных, предрейсовых, послесменных, послерейсовых медицинских осмотров водителей» (приложение №13)

15.9. Ежеквартально до 10 числа месяца следующего за отчетным осуществлять контроль знаний сотрудниками подведомственных структурных подразделений СОП «Порядок действий при освидетельствовании при поступлении на службу в следственные органы и учреждения Следственного комитета Российской Федерации и исполнению служебных обязанностей сотрудника Следственного комитета Российской Федерации» ( приложение №4), «Порядок действий при прохождении гражданами медицинской комиссии при предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотрах (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями» (приложение №7), «Порядок действий при освидетельствовании при поступлении на службу в органы и учреждения прокуратуры Российской Федерации и исполнению служебных обязанностей прокурорского работника» (приложение №10), «Порядок действий при проведении предсменных, предрейсовых, послесменных, послерейсовых медицинских осмотров водителей» (приложение №13). Посредством проведения аудита согласно чек – листу, предоставлять результаты аудита с предложениями по устранению выявленных замечаний ответственным за оказания платных медицинских услуг (Н.М Кудасову и С.М. Томашевскую)

16. Главной медицинской сестре ( Маисеевой О.Л.):

Организовать и обеспечить платный прием населения по вакцинации. Вакцинация взрослого населения осуществляется за счет личных средств граждан по адресу: ул. Московский тракт 35а в 340 кабинете в специально отведенное время по расписанию (с8.00 до 9.00); вакцинация детского населения осуществляется за счет личных средств граждан по адресу ул. Московский тракт, 35а в кабинете № 225 в специально отведенное время по расписанию: вторник, четверг с 08.00 до 10.00.

17. Главному бухгалтеру (Сальникова Т. И.):

17.1. обеспечить систематический контроль в структурных подразделениях поликлиники за осуществление расчётов с населением за предоставленные платные медицинские услуги в строгом соответствии с действующим Прейскурантом цен на платные медицинские услуги, оказываемые в ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5» с применением контрольно-кассовых аппаратов;

17.2. обеспечить в соответствии с «Правилами предоставления платных медицинских услуг физическим и юридическим лицам ГАУЗ ТО « Городская поликлиника №5» и действующим законодательством:

- учёт доходов от предпринимательской деятельности;
- производить начисления и выплату заработной платы медицинскому персоналу на основании Положения об оплате труда ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5»;
- расходование финансовых средств в соответствии со сметой доходов и расходов в рамках деятельности по оказанию платных медицинских услуг.

17.3. ежемесячно, до 10 числа, предоставлять главному врачу информацию по доходам и расходам в рамках предпринимательской деятельности по утверждённым формам.

18. Начальнику отдела по экономическим вопросам (Тигеева Т. А.).

18.1. предоставлять главному врачу на утверждение «Прейскурант цен платные медицинские услуги»;

18.2. ежемесячно контролировать соблюдение утвержденных тарифов на оказанные

платные медицинские услуги с юридическими и физическими лицами и наличие технологических карт на все виды платных медицинских услуг в соответствии с имеющимися Лицензиями:

18.3. ежемесячно, до 10 числа, предоставлять главному врачу информацию по доходам и расходам в рамках предпринимательской деятельности по утверждённым формам.

19. Кассирам (по списку):

19.1. осуществлять оформление и заключение договоров на оказание платных медицинских услуг с пациентами в соответствии с «Правилами предоставления платных медицинских услуг ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 5».

20. Врачу дерматовенерологу Кудасовой Н.М., главному бухгалтеру (Сальникова Т. И.), заместителю главного врача по экономическим вопросам (Тигеева Т. А.), юристу (Устинов В.И.) провести совещание – инструктаж с ответственными должностными лицами по «Правилам предоставления платных медицинских услуг ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 5».

21. Считать утратившим силу приказ ММАУ «Городская поликлиника № 5» от 18.04.18г. № 193/1 «Об организации предоставления платных медицинских услуг».

22. Контроль исполнения приказа оставляю за собой.

Главный врач В.А.Беленькая

Приложение № 1
к приказу ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5»
№ 24 от 09.01.2019г.

# ПРАВИЛА
# ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ФИЗИЧЕСКИМ И ЮРИДИЧЕСКИМ ЛИЦАМ В ГАУЗ ТО «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №5»

## I. Общие положения

1. Настоящие Правила определяют порядок и условия предоставления учреждением платных медицинских услуг гражданам и юридическим лицам,
разработаны в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и нормативными актами федерального и регионального уровня.

2. Настоящие Правила разработаны с целью упорядочения работы по оказанию платных медицинских услуг (далее – платные услуги, услуги) в Государственном автономном учреждении здравоохранения Тюменской области «Городская поликлиника №5» (далее – ГГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5», учреждение), для более полного удовлетворения потребности населения в медицинской помощи.

3. Основными задачами настоящих Правил являются определение организации работы по оказанию платных медицинских услуг, порядок и условия их предоставления в ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5» в рамках предмета его уставной деятельности детскому и взрослому населению.

4. Настоящие Правила является обязательным для исполнения работниками учреждения, участвующими в предоставлении указанных услуг.

5. Для целей настоящих Правил используются следующие основные понятия:

- Платные медицинские услуги – медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств разрешенных законодательством, на основании договора, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;
- Потребитель - физическое лицо, имеющее намерение получить 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 (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;
- Исполнитель - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги потребителям.

6. Платные медицинские услуги представляются на основании перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданной в установленном законом порядке.

7. Требования к платным медицинским услугам, в том числе к их объему и срокам оказания, определяются по соглашению сторон договора, если федеральными законами, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации не предусмотрены другие требования.

8. Настоящие Правила в наглядной и доступной форме доводятся до сведения

потребителя (заказчика).

## II. Условия предоставления платных медицинских услуг

9. При заключении договора потребителю (заказчику) предоставляется 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 (далее - соответственно программа, Территориальная программа).

Отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы.

10. Основанием для оказания платных медицинских услуг являются:

а) добровольное желание пациента получить медицинскую услугу, включая медицинскую помощь по видам помощи, предусмотренным Территориальной Программой (в т.ч. с повышенным уровнем комфортности, без очереди), за плату;

б) отсутствие соответствующих видов и объема услуг в данный период (кроме случаев оказания неотложной помощи по медицинским показаниям) и иные условия, чем предусмотрено Программой, Территориальной программой и (или) целевыми программами, по желанию потребителя (заказчика), включая в том числе:

а) применение лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, если их назначение и применение не обусловлено жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, входящих в указанный перечень, а также применение медицинских изделий, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, не предусмотренных стандартами медицинской помощи;

б) при предоставлении медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

в) 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;

г) при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных статьей 21 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", и случаев оказания неотложной медицинской помощи и медицинской помощи, оказываемой в экстренной форме.

д) добровольное желание пациента, обратившегося за услугой (без направления врача), получить ее за плату, в том числе предоставление услуг с повышенным уровнем комфортности;

е) плановая медицинская помощь гражданам, не имеющим страхового полиса, если иное не установлено законодательством и Программой госгарантий;

ж) плановое обследование, консультативное посещение при желании пациента получить указанный вид медицинской помощи вне очереди (если иное не предусмотрено законодательством для отдельных категорий граждан);

з) оказание услуг сверх стандартов лечения;

и) предоставление медицинской услуги в рамках ДМС в соответствии с действующим законодательством в сфере медицинского страхования.

11. Порядок определения цен (тарифов) на платные медицинские услуги, устанавливается учреждением самостоятельно и утверждается приказом по учреждению.

12. Учреждение предоставляет платные услуги на основании действующего Устава ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5» и в соответствии с действующими законодательными требованиями.

13. Предоставление платных услуг осуществляется в соответствии с утвержденным перечнем. Указанный перечень разрабатываются учреждением самостоятельно и утверждаются приказом по учреждению.

14. При предоставлении платных услуг сохраняется установленный режим работы учреждения, не должны ухудшаться доступность и качество медицинской помощи, оказываемой в рамках Программы госгарантий.

15. При предоставлении платных медицинских услуг должны соблюдаться порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

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

## III. Информация об учреждении и предоставляемых им медицинских услугах

17. Учреждение обеспечивает граждан в наглядной форме (посредством размещения на сайте учреждения www.poliklinika5.ru в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», а так же информационных стендах (стойках)) достоверной, доступной и бесплатной информацией при обращении в регистратуру, администрацию учреждения по предоставлению платных медицинских услуг, в том числе:

а) наименование учреждения, телефоны администрации учреждения и должностных лиц (сотрудников), ответственных за предоставление платных услуг;

б) адрес места нахождения учреждения, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о учреждении в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;

в) сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности (номер и дата регистрации, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность учреждения в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа);

г) перечень платных медицинских услуг с указанием цен в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты;

д) порядок и условия предоставления медицинской помощи в соответствии с Программой и Территориальной программой;

е) сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;

ж) режим работы учреждения, график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;

з) адреса и телефоны органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору

в сфере здравоохранения и территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

и) о возможностях учреждения предоставлять по желанию граждан услуги за плату по ценам (тарифам), отражающим полную стоимость медицинской услуги и (или) предоставления услуг с повышенным уровнем комфортности за дополнительную плату без оплаты стоимости самой медицинской услуги;

к) о льготах для отдельных категорий граждан, услугах, которые могут быть представлены бесплатно либо со скидкой;

л) о правах, обязанностях, ответственности учреждения и потребителя платных услуг;

18. Учреждение предоставляет для ознакомления по требованию потребителя и (или) заказчика:

а) копию учредительного документа медицинской организации - юридического лица, положение о ее филиале (отделении, другом территориально обособленном структурном подразделении), участвующем в предоставлении платных медицинских услуг, либо копию свидетельства о государственной регистрации физического лица в качестве индивидуального предпринимателя;

б) копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией.

19. При заключении договора по требованию потребителя и (или) заказчика им должна предоставляться в доступной форме информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

а) порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;

б) информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

в) информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

г) другие сведения, относящиеся к предмету договора.

20. До заключения договора учреждение в письменной форме уведомляет потребителя (заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

## IV. Порядок заключения договора и оплаты медицинских услуг

21. Договор заключается потребителем (заказчиком) и учреждением в письменной форме.

22. Договор должен содержать:

а) сведения об учреждении:

наименование учреждения, адрес места нахождения, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о учреждении в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;

номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон

выдавшего ее лицензирующего органа;

б) фамилию, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон потребителя (законного представителя потребителя);

фамилию, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон заказчика - физического лица;

наименование и адрес места нахождения заказчика - юридического лица;

в) перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором;

г) стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты;

д) условия и сроки предоставления платных медицинских услуг;

е) должность, фамилию, имя, отчество (если имеется) лица, заключающего договор от имени учреждения, и его подпись, фамилию, имя, отчество (если имеется) потребителя (заказчика) и его подпись. В случае если заказчик является юридическим лицом, указывается должность лица, заключающего договор от имени заказчика;

ж) ответственность сторон за невыполнение условий договора;

з) порядок изменения и расторжения договора;

и) иные условия, определяемые по соглашению сторон.

23. Договор составляется в 3 экземплярах, один из которых находится в учреждении, второй - у заказчика, третий - у потребителя. В случае если договор заключается потребителем и учреждением, он составляется в 2 экземплярах.

24. На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета. Ее составление по требованию потребителя (заказчика) или учреждения является обязательным, при этом она является неотъемлемой частью договора.

25. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, учреждение обязано предупредить об этом потребителя (заказчика).

Без согласия потребителя (заказчика) учреждение не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

26. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется 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".

27. В случае отказа потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Учреждение информирует потребителя (заказчика) о расторжении договора по инициативе потребителя, при этом потребитель (заказчик) оплачивает исполнителю фактически понесенные учреждением расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

28. Потребитель (заказчик) обязан оплатить предоставленную учреждением медицинскую услугу в сроки и в порядке, которые определены договором.

29. 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)).

30. Учреждением после исполнения договора выдаются потребителю (законному представителю потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения

платных медицинских услуг.

31. Заключение договора добровольного медицинского страхования и оплата медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с указанным договором, осуществляются в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации и Законом Российской Федерации "Об организации страхового дела в Российской Федерации".

## V. Порядок предоставления платных медицинских услуг

32. Учреждение предоставляет платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.

В случае если федеральным законом, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг, качество предоставляемых платных медицинских услуг должно соответствовать этим требованиям.

33. При предоставлении платных медицинских услуг необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

34. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме, подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем, медицинским работником и содержится в медицинской документации пациента.

35. При предоставлении платных медицинских услуг в установленном порядке заполняется медицинская документация. При этом в медицинской карте больного фиксируется отказ пациента от предложенной ему альтернативной возможности получения этого вида медицинской помощи на бесплатной основе за счет средств ОМС. При этом до сведения гражданина доводится информация о правилах оказания данных видов медицинской помощи в учреждении, которое так же обеспечивает реализацию Программы госгарантии.

36. Учреждение предоставляет потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- ✓ о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;
- ✓ 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.

37.Учреждени обязано при оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

## VI. Ответственность учреждения и контроль за предоставлением платных медицинских услуг

38. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору

учреждение несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

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

## VII. Принципы организации работы по предоставлению платных медицинских услуг.

40. Платные услуги (с учетом их видов) предоставляются в учреждении на базе ее действующих структурных подразделении.

41. Общее руководство за деятельностью учреждения в сфере платных услуг осуществляет главный врач.

42. Руководитель учреждения в сфере платных услуг:

- осуществляет общее руководство и контроль над деятельностью по предоставлению платных услуг в целом по учреждению;
- заключает с гражданами и (или) организациями необходимые для деятельности в сфере платных услуг договоры;
- обеспечивает через соответствующих подчиненных должностных лиц учреждения осуществление плановых (внеплановых) проверок деятельности учреждения по организации бухгалтерского учета и отчетности, другие финансово-хозяйственные операции в сфере предоставления платных услуг;
- определяет объем функциональных обязанностей административно-управленческого и хозяйственно-обслуживающего персонала учреждения, участвующего в предоставлении платных услуг, и утверждает их должностные инструкции в этой сфере;
- обеспечивает через соответствующих подчиненных должностных лиц учреждения своевременное предоставление в соответствующие надзорные и (или) контролирующие органы, в том числе в департамент здравоохранения, в установленные сроки отчетность и другую информацию, связанную с деятельностью учреждения в сфере предоставления платных услуг;
- представляет учреждение в государственных (муниципальных), налоговых, финансовых органах, во внебюджетных фондах, иных органах и организациях, а в случае необходимости и в судебных органах, по вопросам его деятельности в сфере предоставления платных услуг.

Руководитель вправе делегировать полностью или часть своих полномочий кому-либо из сотрудников учреждения с оформлением доверенности в установленном порядке.

43. Работники учреждения, участвующие в процессе предоставления платных услуг населению, в том числе хозяйственно-обслуживающий персонал, подчинены и подотчетны руководителям структурных подразделений учреждения, на базе которых эти услуги предоставляются. При этом на руководителей этих подразделений возлагаются следующие обязанности:

- осуществление непосредственного руководства деятельностью специалистов, задействованных в предоставлении платных услуг;
- подбор и расстановка медицинского и обслуживающего персонала;
- обеспечение неукоснительного исполнения и соблюдения работниками требований действующего федерального, регионального и муниципального законодательства, настоящего Положения, правил предоставления платных медицинских услуг населению, приказов учреждения, регламентирующих организацию работы по предоставлению платных медицинских услуг населению, в том числе штатной, финансовой и трудовой дисциплины,

сохранности закрепленного за отделением имущества, медицинского оборудования, материальных и других ценностей;

- обеспечение систематического контроля за работой медицинского персонала по предоставлению платных услуг в строгом соответствии с утвержденным по учреждению Перечнем видов услуг;
- своевременное реагирование на поступающие от населения жалобы, принятие мер по устранению выявленных недостатков и нарушений;
- осуществление по поручению главного врача учреждения других обязанностей, связанных с оказанием платных медицинских услуг.

44. Предоставление медицинских услуг по программе ДМС осуществляется в порядке, установленном действующим законодательством в сфере медицинского страхования.

45. При предоставлении платных медицинских услуг могут в установленном законом порядке выдаваться листки временной нетрудоспособности.

## XI. Ответственность и контроль в сфере платных медицинских услуг.

46. В соответствии с действующим законодательством учреждение несет ответственность перед потребителями платных услуг за неисполнение или ненадлежащее исполнение условии договора, в том числе и за причинение вреда их здоровью и жизни в процессе предоставления этих услуг.

47. Основания ответственности и порядок возмещения причиненного имущественного вреда, вреда здоровью и жизни пациента, уплаты неустойки (штрафа, пеню), а также компенсации морального вреда, определяются в соответствии с гражданским законодательством, в том числе и в соответствии с Законом РФ «О защите прав потребителей.

48. Претензии и споры, возникшие между потребителем и учреждением в процессе исполнения условий договора на предоставление платных услуг, разрешаются, как правило, путем переговоров либо в случае не достижения согласия на этом этапе в суде в установленном законом порядке.

49. Учреждение освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

Приложение № 2
к приказу ГАУЗ ТО«Городская поликлиника №5
№ 24 от 09.01.2019г.

**Перечень платных медицинских услуг, оказываемых ГАУЗ ТО "Городская поликлиника №5" предусмотренных территориальной программой обязательного медицинского страхования на территории Тюменской области оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, в рамках договоров физических лиц и договоров с юридическими лицами .**

| №п/п | Код медицинской услуги | Наименование медицинской услуги |
|---|---|---|
| **1** | **1** | **УСЛУГИ ВРАЧА ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ** |
| 1.1 | 01.001.01 | Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный |
| 1.2 | 01.001.02 | Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога повторный |
| 1.3 | | Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога на дому |
| 1.4 | 01.004.01 | Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога первичный |
| 1.5 | 01.004.02 | Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога повторный |
| 1.6 | | Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога на дому |
| 1.7 | | Прием (осмотр, консультация) врача-пульманолога первичный |
| 1.8 | | Прием (осмотр, консультация) врача-пульманолога повторный |
| 1.9 | 01.014.01 | Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный |
| 1.10 | 01.014.02 | Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста повторный |
| 1.11 | | Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста на дому |
| 1.12 | 01.015.01 | Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный |
| 1.13 | 01.015.02 | Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога повторный |
| 1.14 | | Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога на дому |
| 1.15 | 01.023.01 | Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный |
| 1.16 | 01.023.02 | Прием (осмотр, консультация) врача-невролога повторный |
| 1.17 | | Прием (осмотр, консультация) врача-невролога на дому |
| 1.18 | | Прием (осмотр, консультация) врача-онколога первичный |
| 1.19 | | Прием (осмотр, консультация) врача-онколога повторный |
| 1.20 | 01.028.01 | Прием (осмотр, консультация) врача-отоларинголога первичный |
| 1.21 | 01.028.02 | Прием (осмотр, консультация) врача-отоларинголога повторный |
| 1.22 | | Прием (осмотр, консультация) врача-отоларинголога на дому |
| 1.23 | 01.029.01 | Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный |
| 1.24 | 01.029.02 | Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога повторный |
| 1.25 | | Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога на дому |
| 1.26 | 01.047.01 | Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный |
| 1.27 | 01.047.02 | Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта повторный |
| 1.28 | | Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта на дому |
| 1.29 | | Предсменный осмотр |
| 1.30 | 01.053.01 | Прием (осмотр, консультация) врача-уролога первичный |
| 1.31 | 01.053.02 | Прием (осмотр, консультация) врача-уролога повторный |
| 1.32 | | Прием (осмотр, консультация) врача-уролога на дому |
| 1.33 | 01.057.01 | Прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный |

| | | |
|---|---|---|
| 1.34 | 01.057.02 | Прием (осмотр, консультация) врача-хирурга повторный |
| 1.35 | | Прием (осмотр, консультация) врача-хирурга на дому |
| 1.36 | 01.058.01 | Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный |
| 1.37 | 01.058.02 | Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога повторный |
| 1.38 | | Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога на дому |
| 1.39 | | Прием (осмотр, консультация) врача-физиотерапевта |
| 1.40 | | Прием (осмотр, консультация) врача-физиотерапевта |
| 1.41 | | Прием (осмотр, консультация) врача-дерматолога первичный |
| 1.42 | | Прием (осмотр, консультация) врача-дерматолога повторный |
| 1.43 | | Прием (осмотр, консультация) врача-дерматолога на дому |
| 1.44 | | Прием (осмотр, консультация) врача-профпатолога |
| 1.45 | | Прием (осмотр, консультация) врача стоматолога |
| 1.46 | | Прием (осмотр, консультация) врача-колопрактолога первичный |
| 1.47 | | Прием (осмотр, консультация) врача-колопрактолога повторный |
| 1.48 | | Прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный |
| 1.49 | | Прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда повторный |
| 1.50 | | Прием (осмотр, консультация) врачатравматолога-ортопеда (профессор, доктор наук) |
| 1.51 | | Прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный |
| 1.52 | | Прием (осмотр, консультация) врача-педиатра повторный |
| 1.53 | | Прием (осмотр, консультация) врача-педиатра на дому |
| 1.54 | | Прием (осмотр, консультация) врача-хирурга детского первичный |
| 1.55 | | Прием (осмотр, консультация) врача-хирурга детского повторный |
| 1.56 | | Прием (осмотр, консультация) врача-хирурга детского на дому |
| 1.57 | | Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога детского первичный |
| 1.58 | | Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога детского повторный |
| 1.59 | | Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога детского на дому |
| 1.60 | | Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога детского первичный |
| 1.61 | | Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога детского повторный |
| 2 | **2** | **МЕТОДЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРОСТЫХ ПРИСПОСОБЛЕНИЙ, ПРИБОРОВ, НЕ ТРЕБУЮЩИХ СПЕЦИАЛЬНЫХ НАВЫКОВ И ПОМОЩИ АССИСТЕНТА** |
| 2.1 | 02.01.001 | Измерение массы тела |
| 2.2 | 02.03.005 | Измерение роста |
| 2.3 | 02.08.001 | Осмотр верхних дыхательных путей с использованием дополнительных источников света, шпателя и зеркал |
| 2.4 | 02.09.002 | Измерение окружности грудной клетки |
| 2.5 | 02.10.002 | Измерение частоты сердцебиения |
| 2.6 | 02.12.002 | Измерение артериального давления на периферических артериях |
| 2.7 | 02.20.001 | Осмотр шейки матки в зеркалах |
| 2.8 | 02.20.002 | Измерение базальной температуры |
| 2.9 | 02.25.001 | Осмотр органа слуха (отоскопия) |
| 2.10 | | Исследование слуха с помощью камертонов |
| 2.11 | 02.26.001 | Исследование переднего сегмента глаза методом бокового освещения |

| | | |
|---|---|---|
| 2.12 | 02.26.002 | Исследование сред глаза в проходящем свете |
| 2.13 | 02.26.003 | Офтальмоскопия |
| 2.14 | 02.26.004 | Визометрия |
| 2.15 | 02.26.005 | Периметрия |
| 2.16 | 02.26.009 | Исследование цветоощущения по полихроматическим таблицам |
| 2.17 | 02.26.010 | Измерение угла косоглазия |
| 2.18 | 02.26.013 | Определение рефракции с помощью набора пробных линз |
| 2.19 | 02.26.014 | Скиаскопия |
| 2.20 | 02.26.015 | Тонометрия глаза |
| 2.21 | | Тонометрия по Маклакову |
| 2.22 | 02.26.017 | Определение дефектов поверхности роговицы |
| 2.23 | 02.26.019 | Канальцевая и носовая пробы |
| 2.24 | 02.26.023 | Исследование аккомодации |
| 2.25 | 02.31.001 | Термометрия общая |
| 2.26 | | Спирография |
| 2.27 | | Спирография при записи на автоматизированных аппаратах |
| 2.28 | | Спирография с бронхолитической пробой |
| **3** | **3** | **МЕТОДЫ ВИЗУАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ, ТРЕБУЮЩИЕ СПЕЦИАЛЬНЫХ ПРИБОРОВ, НАВЫКОВ, ПОМОЩИ АССИСТЕНТА** |
| 3.1 | 03.08.001 | Ларингоскопия |
| 3.2 | 03.08.002 | Фарингоскопия |
| 3.3 | 03.08.004 | Риноскопия |
| 3.4 | 03.16.001 | Эзофагогастродуоденоскопия |
| 3.5 | 03.19.001 | Ректоскопия |
| 3.6 | 03.20.001 | Кольпоскопия |
| 3.7 | 03.25.002 | Вестибулометрия |
| 3.8 | | Исследование вибрационной чувствительности |
| 3.9 | | Динамометрия |
| 3.10 | | Биомикроскопия коньюктивы с помощью щелевой лампы |
| 3.11 | 03.28.001 | Цистоскопия |
| 3.12 | | Промывание цистостомы |
| 3.13 | | Смена цистостомы |
| **4** | **4** | **РЕГИСТРАЦИЯ ЗВУКОВЫХ СИГНАЛОВ, ИЗДАВАЕМЫХ ИЛИ ОТРАЖАЮЩИХСЯ ОРГАНАМИ ИЛИ ТКАНЯМИ** |
| 4.1 | 04.01.001 | Ультразвуковое исследование мягких тканей |
| 4.2 | 04.06.001 | Ультразвуковое исследование селезенки |
| 4.3 | 04.06.002 | Ультразвуковое исследование лимфоузлов |
| 4.4 | 04.09.001 | Ультразвуковое исследование плевры |
| 4.5 | 04.10.002 | Эхокардиография |
| 4.6 | | Эхокардиография с допплеровским анализом |
| 4.7 | | УЗИ-кардиография+допплерография новорожденных |
| 4.8 | | Ультразвуковое исследование головного мозга |
| 4.9 | | Ультразвуковое исследование-кардиография новорожденного |
| 4.10 | | Ультразвуковое исследование сердца |
| 4.11 | 04.12.001 | Ультразвуковая допплерография артерий |
| 4.12 | | Доплерография сосудов почки |

| | | |
|---|---|---|
| 4.13 | 04.14.001 | Ультразвуковое исследование печени |
| 4.14 | 04.14.002 | Ультразвуковое исследование желчного пузыря |
| 4.15 | | Ультразвуковое исследование печени и желчного пузыря с пробным завтраком |
| 4.16 | 04.14.002.001 | Ультразвуковое исследование желчного пузыря с определением его сократимости |
| 4.17 | 04.15.001 | Ультразвуковое исследование поджелудочной железы |
| 4.18 | 04.20.001 | Ультразвуковое исследование матки и придатков |
| 4.19 | | Ультразвуковое исследование малого таза с наполненным мочевым пузырем |
| 4.20 | | Ультразвуковое исследование объемных образований малого таза |
| 4.21 | | Ультразвуковое исследование при травме брюшной полости и малого таза |
| 4.22 | 04.20.002 | Ультразвуковое исследование молочных желез |
| 4.23 | 04.21.001 | Ультразвуковое исследование простаты |
| 4.24 | | Ультразвуковое исследование предстательной железы (с полным мочевым пузырем) |
| 4.25 | 04.21.002 | Ультразвуковое исследование мошонки (яички, придатки) |
| 4.26 | 04.22.001 | Ультразвуковое исследование щитовидной железы |
| 4.27 | 04.22.002 | Ультразвуковое исследование надпочечников |
| 4.28 | 04.28.001 | Ультразвуковое исследование почек |
| 4.29 | | Ультразвуковое исследование почек и надпочечников |
| 4.30 | 04.28.002 | Ультразвуковое исследование мочевого пузыря |
| 4.31 | | Ультразвуковое исследование органов репродуктивной системы |
| 4.32 | 04.31.003 | Ультразвуковое исследование забрюшинного пространства |
| 4.33 | | Ультразвуковое исследование комплексное органов брюшной полости |
| 4.34 | | Ультразвуковое исследование объемных образований брюшной полости |
| **5** | **5** | **РЕГИСТРАЦИЯ ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫХ СИГНАЛОВ, ИСПУСКАЕМЫХ ИЛИ ПОТЕНЦИРОВАННЫХ В ОРГАНАХ И ТКАНЯХ** |
| 5.1 | 05.10.001 | Регистрация электрокардиограммы с расшифровкой |
| 5.2 | | Регистрация электрокардиограммы с расшифровкой (дети) |
| 5.3 | | Регистрация электрокардиограммы с физической нагрузкой |
| 5.4 | | Регистрация электрокардиограммы на дому |
| 5.5 | | Суточное мониторирование ЭКГ (холтеровское) |
| 5.6 | | Суточное мониторирование АД )артериальное давление) |
| 5.7 | 05.10.007 | Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных |
| 5.8 | 05.12.001 | Реовазография |
| **6** | **6** | **РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И РЕНТГЕНОТЕРАПИЯ** |
| 6.1 | 06.03.001 | Рентгенография черепа тангенциальная |
| 6.2 | 06.03.003 | Рентгенография основания черепа |
| 6.3 | 06.03.006 | Рентгенография всего черепа, в одной или более проекциях |
| 6.4 | 06.03.008 | Рентгенография первого и второго шейного позвонка |
| 6.5 | 06.03.010 | Рентгенография зубовидного отростка (второго шейного позвонка) |
| 6.6 | 06.03.011 | Рентгенография другого шейного отдела позвоночника |
| 6.7 | 06.03.012 | Рентгенография шейно-дорсального отдела позвоночника |

| | | |
|---|---|---|
| 6.8 | 06.03.014 | Рентгенография дорсального отдела позвоночника |
| 6.9 | 06.03.016 | Рентгенография поясничного отдела позвоночника |
| 6.10 | 06.03.017 | Рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника |
| 6.11 | | Рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника в 2-х проекциях |
| 6.12 | 06.03.018 | Рентгенография крестца и копчика |
| 6.13 | 06.03.019 | Рентгенография позвоночника, специальные исследования и проекции |
| 6.14 | 06.03.021 | Рентгенография позвоночника, вертикальная |
| 6.15 | 06.03.022 | Рентгенография ключицы |
| 6.16 | 06.03.023 | Рентгенография ребра (ер) |
| 6.17 | 06.03.025 | Рентгенография грудины |
| 6.18 | 06.03.027 | Рентгенография седалищной кости |
| 6.19 | 06.03.030 | Рентгенография всего таза |
| 6.20 | 06.03.032 | Рентгенография лопатки |
| 6.21 | | Рентгенография лопатки в двух проекциях |
| 6.22 | 06.03.036 | Рентгенография запястья |
| 6.23 | 06.03.038 | Рентгенография кисти руки |
| 6.24 | 06.03.040 | Рентгенография пальцев руки |
| 6.25 | 06.03.041 | Рентгенография большого пальца |
| 6.26 | 06.03.042 | Рентгенография головки и шейки бедренной кости |
| 6.27 | 06.03.043 | Рентгенография бедренной кости |
| 6.28 | 06.03.046 | Рентгенография большеберцовой и малоберцовой кости |
| 6.29 | 06.03.048 | Рентгенография лодыжки |
| 6.30 | 06.03.052 | Рентгенография стопы |
| 6.31 | 06.03.052.001 | Рентгенография стопы в двух проекциях |
| 6.32 | 06.03.057 | Рентгенография костей лицевого скелета |
| 6.33 | 06.04.004 | Рентгенография локтевого сустава |
| 6.34 | 06.04.005 | Рентгенография лучезапястного сустава |
| 6.35 | 06.04.006 | Рентгенография коленного сустава |
| 6.36 | 06.04.015 | Рентгенография плечевого сустава |
| 6.37 | 06.04.016 | Рентгенография бедренного сустава |
| 6.38 | | Рентгенография тазобедренных суставов в одной проекции |
| 6.39 | | Рентгенография тазобедренных суставов в двух проекциях |
| 6.40 | 06.04.020 | Томография височно-нижнечелюстного сустава |
| 6.41 | | Томография суставов |
| 6.42 | | Томография турецкого седла |
| 6.43 | 06.07.009 | Рентгенография нижней челюсти в боковой проекции |
| 6.44 | 06.08.002 | Рентгенография гортани и трахеи |
| 6.45 | 06.08.003 | Рентгенография придаточных пазух носа |
| 6.46 | 06.08.006 | Томография придаточных пазух носа, гортани |
| 6.47 | 06.09.007 | Флюорография легких |
| 6.48 | | Флюорография легких, срочная выдача результатов |
| 6.49 | 06.09.008 | Рентгенография легких |
| 6.50 | | Рентгенография легких в одной проекции |
| 6.51 | | Рентгенография легких в двух проекциях |
| 6.52 | 06.09.009 | Томография легких |
| 6.53 | 06.10.002 | Рентгенография сердца в трех проекциях |

| | | |
|---|---|---|
| 6.54 | | Томография средостения |
| 6.55 | | Рентгенография брюшной стенки и всей брюшной полости |
| 6.56 | 06.20.006 | Маммография |
| 6.57 | 06.25.002 | Рентгенография пирамиды (височной кости) |
| 6.58 | 06.26.002 | Рентгенография глазного отверстия и канала зрительного нерва |
| 6.59 | 06.27.001 | Рентгенография лобной пазухи |
| 6.60 | 06.27.002 | Рентгенография гайморовой пазухи |
| 6.61 | 06.28.001 | Рентгенография почки |
| 6.62 | 06.28.004 | Внутривенная урография |
| 6.63 | 06.28.010 | Цистография |
| 6.64 | 06.31.001 | Обзорный снимок брюшной полости и органов малого таза |
| 6.65 | | Ирригоскопия |
| 6.66 | | Фиброгастроскопия |
| **7** | **7** | **МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ТКАНЕЙ** |
| 7.1 | 08.05.003 | Исследование уровня эритроцитов в крови |
| 7.2 | | Подсчет эритроцитов с базофильной зернистостью |
| 7.3 | 08.05.004 | Исследование уровня лейкоцитов в крови |
| 7.4 | 08.05.005 | Исследование уровня тромбоцитов в крови |
| 7.5 | 08.05.006 | Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови) |
| 7.6 | 08.05.007 | Просмотр мазка крови для анализа аномалий морфологии эритроцитов, тромбоцитов и лейкоцитов |
| 7.7 | 08.05.008 | Исследование уровня ретикулоцитов в крови |
| 7.8 | 08.05.010 | Определение среднего содержания и средней концентрации гемоглобина в эритроцитах |
| **8** | **8** | **ИССЛЕДОВАНИЯ БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЕЙ.** |
| 8.1 | 09.05.010 | Исследование уровня общего белка в крови |
| 8.2 | 09.05.023 | Исследование уровня глюкозы в крови |
| 8.3 | 09.05.025 | Исследование уровня триглицеридов в крови. |
| 8.4 | 09.05.026 | Исследование уровня холестерина в крови |
| 8.5 | 09.05.028 | Исследование уровня липопротеидов низкой плотности |
| 8.6 | | Исследование уровня липопротеидов высокой плотности в крови |
| 8.7 | 09.05.030 | Исследование уровня натрия в крови |
| 8.8 | 09.05.031 | Исследование уровня калия в крови |
| 8.9 | 09.05.041 | Исследование уровня аспарат-трансаминазы в крови |
| 8.10 | 09.05.042 | Исследование уровня аланин-трансаминазы в крови |
| 8.11 | 09.19.002 | Исследование кала на скрытую кровь |
| 8.12 | | Исследование кала на я/глист |
| 8.13 | | Исследование смывов на энтеробиоз |
| 8.14 | | Микроскопическое исследование влагалищных мазков на микрофлору |
| 8.15 | | Цитологическое исследование влагалищных мазков |
| **9** | **11** | **СПЕЦИАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ПОЛУЧЕНИЯ ИССЛЕДУЕМЫХ ОБРАЗЦОВ, МЕТОДЫ ДОСТУПА И ВВЕДЕНИЯ** |
| 9.1 | 11.04.004 | Внутрисосуставное введение лекарственных средств(без медикаментов) |
| 9.2 | 11.20.006 | Получение влагалищного мазка |

| | | |
|---|---|---|
| **10** | **12** | **ИССЛЕДОВАНИЯ ФУНКЦИИ ОРГАНОВ ИЛИ ТКАНЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СПЕЦИАЛЬНЫХ ПРОЦЕДУР, ПРИСПОСОБЛЕНИЙ И МЕТОДИК, НЕ ОБОЗНАЧЕННЫХ В ДРУГИХ РУБРИКАХ.** |
| 10.1 | 12.06.011 | Реакция Вассермана (RW) |
| **11.1** | **16** | **ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ** |
| 11.1 | 16.01.001 | Удаление поверхностно расположенных инородных тел |
| 11.2 | 16.01.005 | Хирургическая обработка раны или инфицированной ткани |
| 11.3 | 16.01.028 | Вскрытие фурункула (карбункула) |
| 11.4 | 16.01.029 | Вскрытие и дренирование флегмоны (абсцесса) |
| 11.5 | 16.01.033 | Удаление атеромы от 1 см до 3 см |
| 11.6 | 16.01.035 | Удаление доброкачественных новообразований подкожно-жировой клетчатки до з см |
| 11.7 | | Удаление доброкачественных новообразований подкожно-жировой клетчатки до 1 см |
| 11.8 | | Удаление доброкачественных новообразований подкожно-жировой клетчатки более 3-х см |
| 11.9 | 16.01.045 | Удаление ногтевых пластинок |
| 11.10 | | Оперативное лечение околопупочной грыжи |
| 11.11 | | Оперативное лечение пупочной грыжи |
| 11.12 | | Оперативное лечение паховой грыжи |
| 11.13 | | Оперативное лечение грыжи передней брюшной стенки |
| 11.14 | | Биопсия биологических тканей |
| **12** | **23** | **ОТДЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ, НЕ ОБОЗНАЧЕННЫЕ В ДРУГИХ РУБРИКАХ** |
| 12.1 | | Медицинское освидетельствование для получения справки в бассейн и т.п. |
| 12.2 | | Медицинское освидетельствование для получения рекомендаций на санаторно-курортное лечение |
| 12.3 | | Медицинское освидетельствование для получения и заполнения санаторно-курортной карты |
| 12.4 | | Оформление справки о профилактических прививках и т.п. |
| 12.5 | | Выписка из амбулаторной карты |
| 12.6 | | Повторная выписка из истории болезни |
| 12.7 | | Выдача заключения клинико-экспертной комиссии (КЭК) |
| 12.8 | | Оформление медицинской справки для предоставления в ГИБДД |
| 12.9 | | Медицинское освидетельствование для получения справки в ГИБДД (для получения водительского удостоверения) |
| 12.10 | | Медицинское освидетельствование на право ношения оружия |
| 12.11 | | Медицинское освидетельствование для получения справки в средние специальные и высшие учебные заведения |
| 12.12 | | Оформление справки об отсутствии инфекционных заболеваний |
| 12.14 | | Медицинское освидетельствование для получения санитарной книжки(женщины) |
| 12.15 | | Медицинское освидетельствование для получения санитарной книжки(женщины) (если подходят по диспансеризации) |

| | | |
|---|---|---|
| 12.16 | | Медицинское освидетельствование для получения санитарной книжки(мужчины) |
| 12.17 | | Медицинское освидетельствование для получения санитарной книжки(мужчины) (если подходят по диспансеризации) |
| 12.18 | | Предварительный медицинский осмотр несовершеннолетних перед поступлением в ДДУ |
| 12.19 | | Предварительный медицинский осмотр несовершеннолетних перед поступлением в ВУЗ (с 15 лет) |
| 12.20 | | Предварительный медицинский осмотр несовершеннолетних перед поступлением в школу |
| **13** | **3** | **КОМПЛЕКСНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ УСЛУГИ (МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: ЛАБОРАТОРНЫЕ, ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ, РЕНТГЕНОРАДИОЛОГИЧЕСКИЕ И ДР.)** |
| 13.1 | 03.016.02 | Общий (клинический) анализ крови |
| 13.3 | 03.016.06 | Анализ мочи общий |
| 13.6 | | Галокамера |
| **14** | **4** | **МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ** |
| 14.1 | | Консультативный прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога |
| 14.2 | | Консультативный прием (осмотр, консультация) врача - невролога |
| 14.3 | | Консультативный прием (осмотр, консультация) врача - онколога |
| 14.4 | | Консультативный прием (осмотр, консультация) врача-отоларинголога |
| 14.5 | | Консультативный прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога |
| 14.6 | | Консультативный прием (осмотр, консультация) врача-уролога |
| 14.7 | | Консультативный прием (осмотр, консультация) врача-хирурга |
| 14.8 | | Консультативный прием (осмотр, консультация) врача-дерматолога |
| 14.9 | | Консультативный прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога |
| 14.10 | | Консультативный прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда |
| 14.11 | 04.001.02 | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога |
| 14.12 | 04.014.02 | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста |
| 14.13 | | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-онколога |
| 14.14 | 04.028.02 | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-отоларинголога |
| 14.15 | 04.029.02 | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога |
| 14.16 | 04.047.02 | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-терапевта |
| 14.17 | | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-невролога |
| 14.18 | | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-профпатолога |
| 14.19 | 04.053.02 | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-уролога |
| 14.20 | 04.057.02 | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-хирурга |

Приложение № 3
к приказу ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5»№24
от 09.01.19г

**Перечень платных медицинских услуг, оказываемых ГАУЗ ТО "Городская поликлиника №5" не предусмотренные территориальной программой обязательного медицинского страхования на территории Тюменской области оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, в рамках договоров физических лиц и договоров с юридическими лицами .**

| №п/п | Код медицинской услуги | **САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ РАБОТЫ** |
|---|---|---|
| 1 | | Предстерилизационная очистка, стерилизация изделий медицинского назначения (1 закладка) |
| 2 | | Химическая очистка хирургических инструментов из нержавеющей стали (1 закладка) |
| 3 | | Стерилизация хирургического белья, перевязочного материала (1 закладка) |
| 4 | | Упаковка инструмента в "Крафт-бумагу" |
| 5 | | Упаковка перевязочного материала |
| 6 | | Изготовление перевязочного материала (марлевые шарики - 1 упаковка 20 штук) |
| 7 | | Изготовление перевязочного материала (ватные шарики - 1 упаковка 20 штук) |
| 8 | | Изготовление перевязочного материала (марлевые салфетки - 1 упаковка 10 штук) |
| 9 | | Изготовление дистиллированной воды (10 л.) |
| 1.33 | | Консультативный прием врача-гастроэнтеролога |
| 1.34 | | Прием врача-гастроэнтеролога на дому |
| 1.35 | 01.010.01 | Прием (осмотр, консультация) врача-хирурга детского первичный |
| 1.36 | 01.010.02 | Прием (осмотр, консультация) врача-хирурга детского повторный |
| 1.37 | | Прием врача-хирурга на дому |
| 1.38 | 04.010.02 | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-хирурга детского |
| 1.39 | | Консультативный прием врача-хирурга |
| 1.50 | 01.058.01 | Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный |
| 1.51 | 01.058.02 | Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога повторный |
| 1.52 | | Прием врача-эндокринолога на дому |
| 1.53 | | Консультативный прием врача-эндокринолога |
| 1.54 | 01.023.01 | Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный |
| 1.55 | 01.023.02 | Прием (осмотр, консультация) врача-невролога повторный |
| 1.57 | | Прием врача-невролога на дому |
| 1.58 | 04.023.02 | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-невролога |
| 1.59 | | Консультативный прием врача-невролога |

| | | |
|---|---|---|
| 1.60 | 01.028.01 | Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный |
| 1.61 | 01.028.02 | Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога повторный |
| 1.62 | | Прием врача-оториноларинголога на дому |
| 1.63 | 04.028.02 | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога |
| 1.64 | | Консультативный прием врача-оториноларинголога |
| 1.65 | 01.029.01 | Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный |
| 1.66 | 01.029.02 | Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога повторный |
| 1.67 | | Прием врача-офтальмолога на дому |
| 1.68 | 04.029.02 | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога |
| 1.69 | | Консультативный прием врача-офтальмолога |
| 1.70 | 01.025.01 | Прием (осмотр, консультация) врача-нефролога первичный |
| 1.71 | 01.025.02 | Прием (осмотр, консультация) врача-нефролога повторный |
| 1.72 | | Прием врача-нефролога на дому |
| 1.73 | | Консультативный прием врача-нефролога |
| 1.79 | 01.014.01 | Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный |
| 1.80 | 01.014.02 | Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста повторный |
| 1.81 | | Прием врача-инфекциониста на дому |
| 1.82 | 04.014.02 | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста |
| 1.83 | | Консультативный прием врача-инфекциониста |
| 1.93 | 01.031.01 | Прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный |
| 1.94 | 01.031.02 | Прием (осмотр, консультация) врача-педиатра повторный |
| 1.96 | | Прием врача-педиатра на дому |
| 1.97 | 04.031.02 | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-педиатра |
| 1.98 | | Консультативный прием врача-педиатра |
| 1.99 | | Прием заведующего педиатрическим отделением |
| 1.104 | | Прием врача лечебной физкультуры повторный |
| 1.105 | 01.020.01 | Прием (осмотр, консультация) врача лечебной физкультуры |
| 1.106 | | Консультативный прием врача лечебной физкультуры |
| 1.111 | | Прием врача-физиотерапевта первичный |
| 1.112 | | Прием врача-физиотерапевта повторный |
| 1.113 | 01.054.01 | Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта |
| 1.114 | | Прием врача-физиотерапевта на дому |
| 1.119 | | Заключение клинико-экспертной комиссии |
| **2.** | | **МЕТОДЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРОСТЫХ ПРИСПОСОБЛЕНИЙ, ПРИБОРОВ, НЕ ТРЕБУЮЩИХ СПЕЦИАЛЬНЫХ НАВЫКОВ И ПОМОЩИ АССИСТЕНТА** |
| 2.1 | 02.01.001 | Измерение массы тела |
| 2.2 | 02.03.005 | Измерение роста |
| 2.3 | 02.12.002 | Измерение артериального давления на периферических артериях |
| 2.4 | 02.08.001 | Осмотр верхних дыхательных путей с помощью дополнительных источников света,шпателя и зеркал |
| 2.5 | 02.09.002 | Измерение окружности грудной клетки |
| 2.6 | 02.10.002 | Измерение частоты сердцебиения |
| 2.9 | 02.25.001 | Осмотр органа слуха (отоскопия) |
| 2.10 | 03.25.002 | Вестибулометрия |

| | | |
|---|---|---|
| 2.11 | 12.25.004 | Исследование слуха у новорожденного с помощью звукореактотестов |
| 2.12 | 02.26.001 | Исследование переднего сегмента глаза методом бокового освещения |
| 2.13 | 02.26.002 | Исследование сред глаза в проходящем свете |
| 2.14 | 02.26.003 | Офтальмоскопия |
| 2.15 | 02.26.004 | Визометрия |
| 2.16 | 02.26.005 | Периметрия (цветная) |
| 2.19 | 02.26.009 | Исследование цветоощущения по полихромическим таблицам |
| 2.20 | 02.26.010 | Измерение угла косоглазия |
| 2.21 | 02.26.013 | Определение рефракции с помощью набора пробных линз |
| 2.23 | 02.26.014 | Скиаскопия |
| 2.24 | 02.26.015 | Тонометрия глаза |
| 2.25 | | Тонометрия по Маклакову |
| 2.26 | 02.26.017 | Определение дефектов поверхности роговицы |
| 2.27 | 02.26.019 | Канальцевая и носовая пробы |
| 2.28 | 02.26.022 | Экзофтальмометрия |
| 2.29 | 02.26.023 | Исследование аккомодации |
| 2.30 | | Рефракционная гимнастика |
| 2.31 | 02.26.024 | Определение характера зрения, гетерофории |
| 2.32 | 02.31.001 | Термометрия общая |
| **3.** | | **МЕТОДЫ ВИЗУАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ, ТРЕБУЮЩИЕ СПЕЦИАЛЬНЫХ ПРИБОРОВ, НАВЫКОВ, ПОМОЩИ АССИСТЕНТА** |
| 3.1 | 03.08.001 | Ларингоскопия |
| 3.2 | 03.08.002 | Фарингоскопия |
| 3.9 | 03.26.001 | Биомикроскопия глаза |
| **4.** | | **РЕГИСТРАЦИЯ ЗВУКОВЫХ СИГНАЛОВ, ИЗДАВАЕМЫХ ИЛИ ОТРАЖАЮЩИХСЯ ОРГАНАМИ ИЛИ ТКАНЯМИ** |
| 4.1 | 04.01.001 | Ультразвуковое исследование мягких тканей |
| 4.2 | 04.06.001 | Ультразвуковое исследование селезенки |
| 4.7 | | Эхокардиография с доплеровским анализом |
| 4.8 | | УЗИ-кардиография + допплерография новорожденных |
| 4.15 | | Ультразвуковое исследование печени (печени и желчного пузыря) |
| 4.16 | | Ультразвуковое исследование печени и желчного пузыря с пробным завтраком |
| 4.17 | | Ультразвуковое исследование желчного пузыря с определением функции |
| 4.18 | 04.15.001 | Ультразвуковое исследование поджелудочной железы |
| 4.19 | 04.20.001 | Ультразвуковое исследование матки и придатков |
| 4.22 | | Ультразвуковое исследование малого таза с наполненным мочевым пузырем |
| 4.23 | 04.21.001 | Ультразвуковое исследование простаты |
| 4.25 | 04.21.002 | Ультразвуковое исследование мошонки (яички, придатки) |
| 4.27 | 04.22.001 | Ультразвуковое исследование щитовидной железы |
| 4.28 | 04.22.002 | Ультразвуковое исследование надпочечников |
| 4.30 | 04.06.002 | Ультразвуковое исследование лимфатических узлов |
| 4.31 | 04.23.001 | Ультразвуковое исследование головного мозга |
| 4.32 | 04.28.001 | Ультразвуковое исследование почек |

| | | |
|---|---|---|
| 4.33 | | Ультразвуковое исследование почек и надпочечников |
| 4.34 | 04.28.002 | Ультразвуковое исследование мочевого пузыря |
| 4.38 | 04.31.003 | Ультразвуковое исследование забрюшинного пространства |
| 4.40 | | Ультразвуковое исследование комплексное органов брюшной полости |
| 4.42 | | Ультразвуковое исследование объемных образований малого таза |
| 4.46 | | Ультразвуковое исследование - кардиография новорожденного |
| **5.** | | **РЕГИСТРАЦИЯ ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫХ СИГНАЛОВ, ИСПУСКАЕМЫХ ИЛИ ПОТЕНЦИРОВАННЫХ В ОРГАНАХ И ТКАНЯХ** |
| 5.3 | 05.10.001 | Регистрация электрокардиограммы |
| 5.4 | 05.10.001 | Регистрация электрокардиограммы (дети) |
| 5.10 | | Регистрация электрокардиограммы с физической нагрузкой |
| 5.11 | | Регистрация электрокардиограммы на дому |
| 5.17 | 05.10.007 | Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных |
| **7.** | | **МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ТКАНЕЙ** |
| 7.5 | 08.05.006 | Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови) |
| 7.7 | 08.05.008 | Исследование уровня ретикулоцитов в крови |
| **8.** | | **ИССЛЕДОВАНИЯ БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЕЙ** |
| 8.19 | 09.05.007 | Исследование уровня железа сыворотки в крови |
| 8.21 | 09.05.009 | Исследование уровня С-реактивного белка в крови |
| 8.22 | 09.05.010 | Исследование уровня общего белка в крови |
| 8.23 | 09.05.011 | Исследование уровня альбумина в крови |
| 8.24 | 09.05.017 | Исследование уровня мочевины в крови |
| 8.25 | 09.05.018 | Исследование уровня мочевой кислоты в крови |
| 8.26 | 09.05.020 | Исследование уровня креатинина в крови |
| 8.27 | 09.05.021 | Исследование уровня общего билирубина в крови |
| 8.29 | 09.05.023 | Исследование уровня глюкозы в крови |
| 8.30 | | Исследование уровня глюкозы в крови глюкометром "Gluco care" |
| 8.32 | 09.05.026 | Исследование уровня холестерина в крови |
| 8.36 | 09.05.031 | Исследование уровня калия в крови |
| 8.37 | 09.05.032 | Исследование уровня общего кальция в крови |
| 8.39 | 09.05.025 | Исследование уровня триглицеридов в сыворотке крови |
| 8.41 | 09.05.033 | Исследование уровня неорганического фосфора в крови |
| 8.43 | 09.05.039 | Исследование уровня лактатдегидрогеназы и ее изоферментов в крови |
| 8.44 | 09.05.041 | Исследование уровня аспарат-трансаминазы в крови |
| 8.45 | 09.05.042 | Исследование уровня аланин-трансаминазы в крови |
| 8.49 | 09.05.044 | Исследование уровня гамма-глютаминтрасферазы в крови |
| 8.50 | 09.05.045 | Исследование уровня амилазы в крови |
| 8.51 | 09.05.046 | Исследование уровня щелочной фосфотазы в крови |
| 8.56 | 09.05.50 | Исследование уровня фибриногена в крови |
| 8.69 | 09.05.061 | Исследование уровня общего тироксина сыворотки (Т-4) крови |
| 8.70 | 09.05.062 | Исследование уровня трийодтиронина (Т-3) в крови |
| 8.71 | 09.05.064 | Исследование уровня свободного тироксина сыворотки (Т-4) крови |
| 8.73 | 09.05.079 | Исследование уровня тестостерона в крови |
| 8.77 | 09.05.090 | Исследование уровня тиреотропного гормона в крови |

| | | |
|---|---|---|
| 8.105 | | Исследование уровня аутоиммунных антител к тиреопероксидазе (ТПО) в крови |
| 8.107 | 09.05.140 | Исследование уровня кортизола в крови |
| 8.110 | 09.05.136 | Исследование уровня лютеинизирующего гормона в сыворотке крови |
| 8.111 | 09.05.137 | Исследование уровня фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) |
| 8.131 | | Микробиологическое исследование мокроты |
| 8.142 | | Микробиологическое исследование мокроты (микобактерии туберкулеза в окрашенных мазках) |
| 8.155 | 09.19.002 | Исследование кала на скрытую кровь |
| 8.156 | | Исследование кала на гельминты и простейшие |
| 8.157 | 09.19.003 | Исследование кала на гельминты |
| 8.160 | 03.016.10 | Копрологическое исследование |
| 8.206 | 09.28.003 | Определение белка в моче |
| 8.213 | 09.28.011 | Исследования уровня глюкозы в моче (тест полоска "Мультистикс") |
| 8.216 | 09.28.012 | Исследование уровня кальция в моче |
| 8.222 | 09.28.015 | Обнаружение кетоновых тел в моче |
| 8.241 | 09.28.023 | Определение удельного веса (относительной плотности) мочи |
| 8.246 | 03.016.06 | Анализ мочи общий с применением анализатора |
| 8.247 | | Исследование мочи по Нечипоренко |
| 8.254 | | Исследование мочи по Зимницкому |
| 8.255 | | Кристаллоурия |
| 8.256 | | Уроцитограмма |
| 8.258 | 09.28.007 | Исследование мочи на желчные пигменты |
| **9.** | | **СПЕЦИАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ПОЛУЧЕНИЯ ИССЛЕДУЕМЫХ ОБРАЗЦОВ, МЕТОДЫ ДОСТУПА И ВВЕДЕНИЯ** |
| 9.1 | 11.01.002 | Подкожное введение лекарств и растворов |
| 9.2 | 11.01.003 | Внутрикожное введение лекарств и растворов |
| 9.5 | 11.02.002 | Внутримышечное введение лекарственных средств детям |
| 9.10 | 11.05.001 | Взятие крови из пальца |
| 9.17 | | Соскоб на энтеробиоз |
| 9.28 | 11.12.003 | Внутривенное введение лекарственных средств |
| 9.30 | 11.12.009 | Взятие крови из периферической вены |
| **10.** | | **ИССЛЕДОВАНИЯ ФУНКЦИИ ОРГАНОВ ИЛИ ТКАНЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СПЕЦИАЛЬНЫХ ПРОЦЕДУР, ПРИСПОСОБЛЕНИЙ И МЕТОДИК, НЕ ОБОЗНАЧЕННЫХ В ДРУГИХ РУБРИКАХ** |
| 10.1 | 12.05.001 | Исследование оседания эритроцитов (СОЭ) |
| 10.7 | 12.05.015 | Исследование времени кровотечения |
| 10.10 | 12.05.027 | Определение протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме |
| 10.11 | 12.05.028 | Определение тромбинового времени в крови |
| 10.13 | 12.05.042 | Определение активного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) |
| 10.19 | 12.06.011 | Реакция Вассермана (RW) (микрометод) |
| 10.20 | 12.06.015 | Определение антистрептолизина-О |
| 10.21 | 12.06.016 | Серологические реакции на различные инфекции, вирусы |

| | | |
|---|---|---|
| 10.28 | | Серологические реакции на выявление антител к HCV (вирус гепатита С) |
| 10.31 | | Серологические реакции на определение IgG к цитомегаловирусу |
| 10.35 | | Серологические реакции на определение IgG к вирусу простого герпеса |
| 10.36 | | Серологические реакции на определение IgM к вирусу краснухи |
| 10.37 | | Серологические реакции на определение IgG к вирусу краснухи |
| 10.40 | | Серологические реакции на выявление антител к антигенам описторхисов |
| 10.41 | | Серологические реакции на выявление антител к антигенам токсокар |
| 10.42 | | Серологические реакции на выявление антител к антигенам лямблий |
| 10.50 | | Серологические реакции на выявление антител к токсоплазме |
| 10.51 | | Серологические реакции на выявление IgG к антигенам Chlamydia trachomatis в сыворотке (плазме) крови человека антител к токсоплазме |
| 10.53 | | Серологические реакции на выявление IgA к антигенам Chlamydia trachomatis |
| 10.56 | 12.06.019 | Исследование "ревматоидных факторов" |
| 10.69 | 12.25.002 | Речевая аудиометрия |
| 10.70 | 12.25.003 | Составление слухового паспорта |
| **13.** | | **ДЕСМУРГИЯ, ИММОБИЛИЗАЦИЯ, БАНДАЖИ, ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ ПОСОБИЯ** |
| 13.1 | 15.01.001 | Перевязки при нарушениях целостности кожных покровов |
| 13.2 | 15.01.002 | Перевязки при гнойных заболеваниях кожи и подкожной клетчатки |
| 13.5 | 15.26.002 | Наложение монокулярной и бинокулярной повязки (наклейки, занавески) на глазницу |
| **14.** | | **ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ** |
| 14.1 | 16.01.001 | Удаление поверхностно расположенных инородных тел |
| 14.2 | 16.01.005 | Хирургическая обработка раны или инфицированной ткани |
| 14.3 | 16.01.011 | Сшивание кожи и подкожной клетчатки |
| 14.4 | 16.01.012 | Ушивание открытой раны (без кожной пересадки) |
| 14.5 | 16.01.002 | Вскрытие панариция |
| 14.6 | 16.01.028 | Вскрытие фурункула (карбункула) |
| 14.7 | 16.25.001 | Дренаж фурункула наружного уха |
| 14.8 | | Вскрытие карбункула |
| 14.16 | | Удаление доброкачественных образований |
| 14.24 | 16.08.006 | Механическая остановка кровотечения (передняя и задняя тампонада носа) |
| 14.25 | 16.08.007 | Удаление инородного тела глотки или гортани |
| 14.26 | 16.08.011 | Удаление инородного тела из носа |
| 14.30 | 16.08.012 | Вскрытие паратонзиллярного абсцесса |
| 14.32 | 16.08.014 | Репозиция костей носа |
| 14.33 | 16.08.016 | Промывание лакун миндалин |
| 14.34 | 16.08.018 | Вскрытие фурункула носа |
| 14.36 | | Промывание среднего уха и слуховой трубы |
| 14.37 | | Промывание верхнечелюстных пазух носа |
| 14.38 | | Промывание носа методом перемещения |
| 14.39 | | Промывание уха лекарственным веществом |
| 14.40 | | Вливание в гортань лекарственных средств |

| | | |
|---|---|---|
| 14.132 | 16.25.007 | Удаление ушной серы |
| 14.133 | 16.25.008 | Удаление инородного тела из слухового отверстия |
| 14.134 | 16.26.034 | Удаление инородного тела коньюктивы |
| 14.135 | 16.26.051 | Удаление инородного тела роговицы |
| 14.136 | 16.25.012 | Продувание евстахиевой трубы |
| 14.142 | | Удаление вросшего ногтя |
| **15.** | | **МЕТОДЫ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ЛЕЧЕБНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ОРГАНЫ И ТКАНИ** |
| 15.3 | 17.01.007 | Дарсонваль кожи |
| 15.7 | | Индуктотермия (детям) |
| 15.10 | 17.31.018 | Воздействие электрическим полем УВЧ (э.п.УВЧ) |
| 15.14 | | Контактная магнитолазерная терапия (детям) |
| 15.17 | | Ультразвуковая терапия (детям) |
| 15.20 | | Фонофорез (детям) |
| 15.25 | 17.31.003 | Гальвановоздействие |
| 15.34 | 17.31.001 | Электрофорез лекарственных средств при неуточненных заболеваниях |
| 15.37 | | Микроволновая терапия на аппарате "Луч" (детям) |
| 15.45 | 17.31.008 | Воздействие электромагнитным излучением сантиметрового диапазона (СМВ-терапия) |
| 15.60 | | ДДТ-форез (детям) |
| 15.62 | 17.31.005 | Воздействие синусоидальными модулированными токами (СМТ) |
| 15.67 | 17.31.020 | Воздействие магнитными полями |
| 15.84 | | Определение биодозы (детям) |
| **17.** | | **ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА** |
| 17.7 | 19.31.003 | Лечебная гимнастика при заболеваниях опорно-двигательного аппарата у детей |
| 17.8 | | Занятие ЛФК групповое |
| **18.** | | **ЛЕЧЕНИЕ КЛИМАТИЧЕСКИМИ ВОЗДЕЙСТВИЯМИ (ВОДА, ВОЗДУХ И ДР.)** |
| 18.13 | | Парафинотерапия (детям) |
| **19.** | | **ЛЕЧЕНИЕ С ПОМОЩЬЮ ПРОСТЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ВОЗДЕЙСТВИЙ НА ПАЦИЕНТА (МАССАЖ, ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ, МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ)** |
| 19.4 | 21.01.003 | Массаж шеи |
| 19.5 | 21.01.004 | Массаж рук |
| 19.6 | 21.01.005 | Массаж волосистой части головы |
| 19.7 | | Массаж воротниковой зоны |
| 19.9 | | Массаж с лечебным кремом 1 ед. |
| 19.19 | | Массаж лучезапястного сустава |
| 19.20 | | Массаж верхней конечности |
| 19.21 | | Массаж верхней конечности, надплечья и области лопатки |
| 19.23 | | Массаж области грудной клетки |
| 19.24 | | Массаж шейно-грудного отдела позвоночника |
| 19.25 | | Сегментарный массаж шейно-грудного отдела позвоночника |
| 19.26 | | Массаж плечевого сустава |
| 19.27 | | Массаж локтевого сустава |
| 19.28 | 21.03.002 | Массаж при заболеваниях позвоночника |

| | | |
|---|---|---|
| 19.29 | | Массаж пояснично-крестцовой области |
| 19.30 | | Сегментарный массаж пояснично-кресцовой области |
| 19.31 | | Массаж спины и поясничной области |
| 19.32 | 21.01.009 | Массаж нижней конечности |
| 19.33 | | Массаж нижней конечности и поясницы |
| 19.34 | | Массаж тазобедренного сустава |
| 19.35 | | Массаж коленного сустава |
| 19.36 | | Массаж голеностопного сустава |
| 19.37 | | Массаж стопы и голени |
| 19.52 | | Массаж мышц передней брюшной стенки |
| 19.53 | 21.31.002 | Массаж и гимнастика у детей раннего возраста |
| **20.** | | **ЛЕЧЕНИЕ С ПОМОЩЬЮ ЛУЧЕВОГО (ЗВУКОВОГО, СВЕТОВОГО, УЛЬТРАФИОЛЕТОВОГО, ЛАЗЕРНОГО) ВОЗДЕЙСТВИЯ** |
| 20.2 | | Облучение лучем Лазера (детям) |
| 20.3 | | Лазерное облучение на аппарате "Биотрон" |
| 20.6 | | УФ-облучение общее (детям) |
| 20.9 | | УФ-облучение местное (детям) |
| 20.17 | | Контактная магнитолазерная терапия |
| 20.30 | | Лечение хронического тонзиллита на аппарате "Тонзиллор" |
| **21.** | | **ОТДЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ, НЕ ОБОЗНАЧЕННЫЕ В ДРУГИХ РУБРИКАХ** |
| 21.12 | | Медицинское освидетельствование для получения справки в бассейн и т.п. |
| 21.14 | | Медицинское освидетельствование для получения и заполнения санаторно-курортной карты |
| 21.15 | | Оформление справки о профилактических прививках и т.п. |
| 21.16 | | Выписка из амбулаторной карты |
| 21.22 | | Медицинское освидетельствование для получения справки в средние и высшие учебные заведения |
| **23.** | | **КОНСЕРВАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ, НЕ ОБОЗНАЧЕННЫЕ В ДРУГИХ РУБРИКАХ** |
| 23.2 | 25.08.001 | Назначение лекарственной терапии при заболеваниях легких и бронхов |
| 23.3 | 25.08.002 | Назначение дистической терапии при заболеваниях легких и бронхов |
| 23.4 | 25.08.003 | Назначение лечебно-оздоровительного режима при болезнях легких и бронхов |
| 23.5 | 25.10.001 | Назначение лекарственной терапии при заболеваниях сердца и перикарда |
| 23.6 | 25.10.002 | Назначение диетической терапии при заболеваниях сердца и перикарда |
| 23.7 | 25.10.003 | Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях сердц и перикарда |
| 23.8 | 25.16.001 | Назначение лекарственной терапии при заболеваниях желудочно-кишечного тракта |
| 23.9 | 25.16.002 | Назначение диетической терапии при заболеваниях желудочно-кишечного тракта |
| 23.10 | 25.16.003 | Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях желудочно-кишечного тракта |

| | | |
|---|---|---|
| 23.11 | 25.23.001 | Назначение лекарственной терапии при заболеваниях центральной нервной системы |
| 23.12 | 25.23.002 | Назначение диетической терапии при заболеваниях центральной нервной системы |
| 23.13 | 25.23.003 | Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга |
| 23.14 | 25.25.001 | Назначение лекарственной терапии при заболеваниях органов слуха |
| 23.15 | 25.25.002 | Назначение диетической терапии при заболеваниях органов слуха |
| 23.16 | 25.25.003 | Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях органов слуха |
| 23.17 | 25.26.001 | Назначение лекарственной терапии при заболеваниях органов зрения |
| 23.18 | 25.26.002 | Назначение диетической терапии при заболеваниях органов зрения |
| 23.19 | 25.26.003 | Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях органов зрения |
| 23.20 | 25.22.001 | Назначение лекарственной терапии при заболеваниях эндокринной системы |
| 23.21 | 25.22.002 | Назначение диетической терапии при заболеваниях эндокринной системы |
| 23.22 | 25.22.003 | Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях эндокринной системы |
| 23.23 | 25.28.001 | Назначение лекарственной терапии при заболеваниях почек и мочевыделительной системы |
| 23.24 | 25.28.002 | Назначение диетической терапии при заболеваниях почек и мочевыделительной системы |
| 23.25 | 25.28.003 | Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях почек и мочевыделительной системы |
| 26.26 | 25.31.001 | Назначение лекарственной терапии при инфекционных заболеваниях |
| 23.27 | 25.31.002 | Назначение диетической терапии при инфекционных заболеваниях |
| 23.28 | 25.31.003 | Назначение лечебно-оздоровительного режима при инфекционных заболеваниях |
| 23.29 | 25.31.019 | Назначение комплекса упражнений (лечебной физкультуры) |

Приложение № 5
к приказу ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5
№ 24 от 09.01.2019г.

Чек-лист аудита работы сотрудникв_____отделения
ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5»
Дата проведения аудита_____

| № П/П | Показатель | Да | Нет |
|---|---|---|---|
| 1 | Наличия в кабине сотрудника СОП « Алгоритм прохождения предрейсового,предсменного и послерейсового,послесменного осмотр водителей» | | |
| 2 | Наличие в кабинете «Журнала регистрации предрейсового, предсменного осмотра водителей», «Журнала регистрации послерейсового, послесменного медицинского осмотра водителей», «Журнала учета справок, выданных работникам для предъявления в медицинские организации по результату проведения предрейсовых, послерейсовых медицинских осмотров», Приказ от 10.05.2016г. №378 Об утверждении порядка проведения предрейсовых и послерейсовых осмотров в ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5». | | |
| 3 | Наличие у сотрудника знаний, где находится СОП «Порядок проведения предрейсовых и послерейсовых осмотров в ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5». | | |
| 4 | Наличие медицинской документации - «Журнал регистрации предрейсового, предсменного осмотра водителей», «Журнал регистрации послерейсового, послесменного медицинского осмотра водителей», «Журнал учета справок, выданных работникам для предъявления в медицинские организации по результату проведения предрейсовых, послерейсовых медицинских осмотров», | | |
| 5 | Оценить знания сотрудников положений СОП «« Алгоритм прохождения предрейсового,предсменного и послерейсового, послесменного осмотра водителей» согласно тесту( приложение к данному чек-листу) | | |

Приложение №6
к приказу ГАУЗ ТО«Городская поликлиника №5»
№ 24 от 09.01.2019г.

Тест
Знаний сотрудников ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5»

«Алгоритм прохождения предрейсового, предсменного и послерейсового, послесменного осмотра водителей».

ФИО сотрудника, структурное подразделение:_____

1.Какой нормативный документ регламентирует порядок проведения предсменных, предрейсовых и послесменных, послерейсовых медицинских осмотров?

А. Постановление правительства №1604 от 29.12.2014г
Б. Приказ Минздрава России от 15.12.2014 N 835н

2. Где в медицинской организации хранятся «Журнал регистрации предрейсового, предсменного медицинского осмотра» и « Журнал регистрации послерейсового, послеменного медицинского осмотра»?
А.На рабочем столе
Б. В сейфе в рабочем кабинете

3. В какой промежуток времени водитель обязан пройти предрейсовый, предсменный медицинский осмотр?
А.Перед началом рабочей смены
Б.В течении рабочей смены

4. Где фиксируется прохождение предсменного, предрейсовго медицинского осмотра водителей?
А.В «Журнал регистрации предрейсовых, предсменных медицинских осмотров»
Б.В «Журнал приема пациентов»

5.Действия сотрудника при выявлении у водителей в рамках предрейсового,предсменного или послерейсового, послесменного осмотра медицинских противопоказаний или мед. ограничений к управлению транспортным стредством?
А.Отправить домой.
Б.Сотрудник заводит амбулаторную карту, вносит в нее данные осмотра и объем медицинской помощи, оказанной водителю; водителю выдается справка, с которой он направляется в медицинскую организацию или иную организацию, осуществляющую медицинскую деятельность, в которой работнику оказывается первичная медико-санитарная помощь.

Ответы на вопросы теста:
1.Б
2.Б.
3.А.
4.А.
5.Б.

Приложение № 8
к приказу ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5»
№ 24 от 09.01.2019г.

Чек – лист аудита работы сотрудников _____ отделения
ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5»

Дата проведения аудита _____

| № п/п | показатель | Да | Нет |
|---|---|---|---|
| 1. | Наличие в кабинете сотрудника СОП «Порядок действий при прохождении гражданами медицинской комиссии при предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотрах (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями» | | |
| 2. | Наличие в кабинете сотрудника: компьютерная программа по платным медицинским услугам «Статистический учет ЛПУ», система автоматического программирования SAP; бланк - медицинское заключение о пригодности или непригодности к выполнению отдельных видов работ по форме, предусмотренной приложением N 2 приказу №282н от 05.05.2016г.; журнал выдачи медицинских заключений о профпригодности в соответствии с приказом 282н от 05.05.2016г.; бланк извещения об установлении предварительного диагноза острого или хронического профессионального заболевания (отравления), утвержденную приложением 1 приказа МЗ РФ от 28.05.2001 №176 ; бланк направления-путевки в областной центр профпатологии (метод. рек. ДЗ ТО от 01.06.2015 №5301/25); журнал учета клинико-экспертной работы. | | |
| 3. | Наличие у сотрудника знаний, где находится СОП «Порядок действий при прохождении гражданами медицинской комиссии при предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотрах (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями» | | |
| 4. | Наличие медицинской документации - амбулаторная карта форма № 025/у (проверить не менее 5), журнал выдачи медицинских заключений о профпригодности в соответствии с приказом 282н от 05.05.2016г.; журнал клинико-экспертной работы. | | |
| 5. | Оценить знания сотрудников положений СОП «Порядок действий при прохождении гражданами медицинской комиссии при предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотрах (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда» | | |

Приложение № 9
к приказу ГАУЗ «Городская поликлиника №5»
№ 24 от 09.01.2019г.

Тест
знаний сотрудников ГАУЗ «Городская поликлиника №5»
СОП ««Порядок действий при прохождении гражданами медицинской комиссии при предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотрах (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда»

ФИО сотрудника, структурное подразделение:
_____

1. Какой нормативный документ регламентирует перечень медицинских противопоказаний при осуществлении определенных видов профессиональной деятельности работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда.

А. Приказ Минздравсоцразвития России №302н от 12.04.2011г « Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда». (в ред. Приказов Минздрава РФ от 15.05.2013 N 296н, от 05.12.2014 N 801н).

Б. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05.05.2016 № 282н "Об утверждении Порядка проведения экспертизы профессиональной пригодности и формы медицинского заключения о пригодности или непригодности к выполнению отдельных видов работ".

2. Наличие какого документа требуется для проведения предварительного (периодического) осмотра.
А. Документ, удостоверяющий личность (паспорт гражданина РФ).
Б. Направление на предварительный (периодический) медицинский осмотр от работодателя.
В Направление на предварительный (периодический) медицинский осмотр от работодателя и документ, удостоверяющий личность (паспорт гражданина РФ).

3. Предварительный (периодический) медицинский осмотр считается завершенным :
А. В случае осмотра лица, поступающего на работу (работающего), всеми врачами-специалистами, а также выполнения полного объема лабораторных и функциональных исследований, предусмотренных Перечнем вредных и (или) опасных производственных факторов, при наличии которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования) факторов (приложение N 1 к приказу 302н) и Перечнем работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования) работников (приложение N 2 к приказу 302н).
Б. В случае осмотра лица, поступающего на работу (работающего), всеми врачами-специалистами, а также выполнения 75% объема лабораторных и функциональных исследований, предусмотренных Перечнем вредных и (или) опасных производственных факторов, при наличии которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования) факторов (приложение N 1 к приказу 302н) и Перечнем работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования) работников (приложение N 2 к приказу 302н).

4 По окончании предварительного (периодического) медицинского осмотра на руки работнику выдается:

А. Медицинское заключение по результатам предварительного (периодического) медицинского осмотра.

Б. Паспорт здоровья.

В. Медицинское заключение по результатам предварительного (периодического) медицинского осмотра и Паспорт здоровья.

1. По итогам проведения периодических осмотров организаций, заключивших договор на проведение периодического медицинского осмотра, медицинская организация составляет заключительный акт:

А. Не позднее 30 дней с момента завершения периодического медицинского осмотра.

Б. Не позднее 15 дней с момента завершения периодического медицинского осмотра.

2. В течение какого времени подается извещение в Центр госсанэпиднадзора об установлении предварительного диагноза острого профессионального заболевания?

А В течение 24 ч.

Б. В течение 72 ч.

Приложение № 11
к приказу ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5»
№ 24 от 09.01.2019г.

Чек – лист аудита работы сотрудников _____
отделения
ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5»

Дата проведения аудита _____

| № п/п | показатель | Да | Нет |
|---|---|---|---|
| 1. | Наличие в кабинете сотрудника СОП «Порядок действий при освидетельствовании при поступлении на службу в органы и учреждения прокуратуры Российской Федерации и исполнению служебных обязанностей прокурорского работника» | | |
| 2. | Наличие в кабинете сотрудника бланк медицинского заключения по форме, утвержденной Правительством РФ от 26.08.2013 №733, компьютерной программы по платным медицинским услугам «Статистический учет ЛПУ», системы автоматического программирования SAP | | |
| 3. | Наличие у сотрудника знаний, где находится СОП «Порядок действий при освидетельствовании при поступлении на службу в органы и учреждения прокуратуры Российской Федерации и исполнению служебных обязанностей прокурорского работника» | | |
| 4. | Наличие медицинской документации - амбулаторная карта форма № 025/у (проверить не менее 5) | | |
| 5. | Оценить знания сотрудников положений СОП «Порядок действий при освидетельствовании при поступлении на службу в органы и учреждения прокуратуры Российской Федерации и исполнению служебных обязанностей прокурорского работника» согласно Тесту (приложение к данному чек – листу) | | |

Приложение № 12
к приказу ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5»
№ 24 от 09.01.2019г.

Тест
знаний сотрудников ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5»
СОП «Порядок действий при освидетельствовании при поступлении на службу в следственные органы и учреждения Следственного комитета Российской Федерации и исполнению служебных обязанностей сотрудника Следственного комитета Российской Федерации» »

ФИО сотрудника, структурное подразделение: _____

1. Какой нормативный документ регламентирует перечень медицинских противопоказаний при поступлении на службу в органы и учреждения прокуратуры Российской Федерации и исполнению служебных обязанностей прокурорского работника»?
А. Постановление правительства РФ №500 от 31.05. 2014г.
Б. Постановление Правительства РФ от 26 августа 2013 г. № 733

2. Наличие какого документа требуется для оформления медицинского заключения при освидетельствовании при поступлении на службу в органы и учреждения прокуратуры Российской Федерации и исполнению служебных обязанностей прокурорского работника»
А. Документ, удостоверяющий личность (паспорт гражданина РФ)
Б. Направление кадровой службы органа или учреждения прокуратуры РФ.
В. Направление кадровой службы органа или учреждения прокуратуры РФ и документ, удостоверяющий личность (паспорт гражданина РФ)

4. Какой период действия медицинского заключения для предоставления в органы или учреждения прокуратуры РФ?
А. 6 мес. со дня выдачи.
Б. 30 дней со дня выдачи.

5. Где гражданин проходит осмотры врача-психиатра и врача-нарколога?

А.В поликлинике по месту жительства при наличии , специалистов, имеющих подготовку по специальности «психиатрия», «психиатрия-наркология».
Б. В Областных диспансерах (психоневрологический, наркологический).

6.Кто принимает решение а) о наличии (отсутствии) заболевания, препятствующего поступлению на службу в органы и учреждения прокуратуры, исполнению служебных обязанностей прокурорского работника
б) о наличии (отсутствии) у прокурорского работника противопоказаний для прохождения службы в местностях с тяжелыми и неблагоприятными климатическими условиями (в случае рассмотрения вопроса о переводе прокурорского работника в интересах службы в местность с тяжелыми и неблагоприятными климатическими условиями).

А. Врач-терапевт

Б. Врачебная комиссия.

Приложение № 14
к приказу ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5»
№ 24 от 09.01.2019г.

Чек-лист аудита работы сотрудникв_____отделения
ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5»
Дата проведения аудита_____

| № П/П | Показатель | Да | Нет |
|---|---|---|---|
| 1 | Наличия в кабине сотрудника СОП « Алгоритм прохождения предрейсового,предсменного и послерейсового,послесменного осмотр водителей» | | |
| 2 | Наличие в кабинете «Журнала регистрации предрейсового, предсменного осмотра водителей», «Журнала регистрации послерейсового, послесменного медицинского осмотра водителей», «Журнала учета справок, выданных работникам для предъявления в медицинские организации по результату проведения предрейсовых, послерейсовых медицинских осмотров», Приказ от 10.05.2016г. №378 Об утверждении порядка проведения предрейсовых и послерейсовых осмотров в ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5». | | |
| 3 | Наличие у сотрудника знаний, где находится СОП «Порядок проведения предрейсовых и послерейсовых осмотров в ГАУЗ ТО | | |
| 4 | Наличие медицинской документации - «Журнал регистрации предрейсового, предсменного осмотра водителей», «Журнал регистрации послерейсового, послесменного медицинского осмотра водителей», «Журнал учета справок, выданных работникам для предъявления в медицинские организации по результату проведения предрейсовых, послерейсовых медицинских осмотров», | | |
| 5 | Оценить знания сотрудников положений СОП «« Алгоритм прохождения предрейсового,предсменного и послерейсового, послесменного осмотра водителей» согласно тесту( приложение к данному чек-листу) | | |

Приложение № 15
к приказу ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5»
№ 24 от 09.01.2019г.

Тест
Знаний сотрудников ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5»

«Алгоритм прохождения предрейсового, предсменного и послерейсового, послесменного осмотра водителей».

ФИО сотрудника, структурное подразделение:_____

1.Какой нормативный документ регламентирует порядок проведения предсменных, предрейсовых и послесменных, послерейсовых медицинских осмотров?

А. Постановление правительства №1604 от 29.12.2014г
Б. Приказ Минздрава России от 15.12.2014 N 835н

2. Где в медицинской организации хранятся «Журнал регистрации предрейсового, предсменного медицинского осмотра» и « Журнал регистрации послерейсового, послеменного медицинского осмотра»?
А.На рабочем столе
Б. В сейфе в рабочем кабинете

3. В какой промежуток времени водитель обязан пройти предрейсовый, предсменный медицинский осмотр?
А.Перед началом рабочей смены
Б.В течении рабочей смены

4. Где фиксируется прохождение предсменного, предрейсовго медицинского осмотра водителей?
А.В «Журнал регистрации предрейсовых, предсменных медицинских осмотров»
Б.В «Журнал приема пациентов»

5.Действия сотрудника при выявлении у водителей в рамках предрейсового,предсменного или послерейсового, послесменного осмотра медицинских противопоказаний или мед. ограничений к управлению транспортным стредством?
А.Отправить домой.
Б.Сотрудник заводит амбулаторную карту, вносит в нее данные осмотра и объем медицинской помощи, оказанной водителю; водителю выдается справка, с которой он направляется в медицинскую организацию или иную организацию, осуществляющую медицинскую деятельность, в которой работнику оказывается первичная медико-санитарная помощь.

Ответы на вопросы теста:
1.Б
2.Б.
3.А.
4.А.
5.Б.

Приложение № 16
к приказу ГАУЗ ТО«Городская поликлиника №5»
№ 24 от 09.01.2019г.

**Маршрутный лист для прохождения освидетельствования**

| Перечень обследований | Кабинет, время работы | Необходимый обьем исследований: |
|---|---|---|
| РПГА на О и Vi-аг | 446 каб. 8.00-9.00 | |
| Бак. посев на кишечную флору | 446 каб. 8.00-9.00 | |
| Мазок из зева и носа | 446 каб. 8.00-9.00 | |
| Анализ крови (ОАК, РВ, Б/Х) | 443 каб. 8.00-09.00 | |
| Анализ мочи | 635 каб. 8.00-12.00 | |
| Кал на яйца глист | 635 каб 8.00-10.00 | |
| Соскоб на яйца глист | 635 каб 8.00-10.00 | |
| ЭКГ | 453 каб. 8.00-20.00 | |
| ЭЭГ | 421 каб.14.00-15.00 | |
| ФЛГ | 139каб. 8.00-20.00 | |
| Маммография | 143каб с 40 лет | |
| Гинеколог-врач | 445 каб. 9.00-12.00 | |
| Мазок на Gn | | |
| Мазок на онкоцитологию | | |
| Дерматолог | 446 каб. 11.30-14.00 | |
| ЛОР | 560 каб.14.00-15.00 | |
| Стоматолог | 636 каб.ПН,СР,ПТ 8.00-14.00; ВТ,ЧЕТ 14.00-20.00 | |
| Хирург | 505 каб. СР 8.00- 10.00; ПН,ВТ, ЧЕТ,ПТ 13.00- 15.00 | |
| Офтальмолог | 645 каб. ВТ,ЧЕТ 8.00-10.00;ПН,СР. 14.00-16.00 | |
| Нарколог-психиатр и псисиатр | 447 каб. Вт. 14.00-15.00; Чт. 8.00-9.30 | |
| Невролог | 433\435 каб.ВТ,ЧЕТ 8.00-10.00 | |
| Прививки | 340каб.8.00-9.00 | |
| Терапевт<br>Профпатолог | 452 каб Пн14.00-19.00 Вт 8.00-14.00 Ср 14.00-19.00 Чт 8.00-14.00 Пт 14.00-19.00<br>**явка только с результатами анализов!** | |

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

Приложение № 17
к приказу ГАУЗ ТО«Городская поликлиника №5»
№ 24 от 09.01.2019г.

**Алгоритм оказания платных медицинских услуг**
**ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 5»**

1. Информацию о получению платных медицинских услуг, гражданин может получить:

- в регистратуре ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5»;
- по тел. +7(3452) 39-33-33

- личное обращение;
-Call-центр по тел.+7(3452) 560-005;
-тел. +7(3452)560-247;
-сайт ГАУЗ ТО»Городская поликлиника №5» www/ poliklinika5.ru.

2. Гражданин обращается по адресу:
г. Тюмень ул. Московский тракт 35а № 44 3каб.

3. Идентификация пациента:

- ✓ Представиться пациенту.
- ✓ Попросить пациента предоставить направление на предварительный (периодический) медицинский осмотр.
- ✓ Попросить пациента представиться (назвать свои фамилию, имя, отчество, дату рождения).
- ✓ Попросить пациента предоставить документ, удостоверяющий личность (паспорт, гражданина РФ); полис медицинского страхования.
- ✓ Сверить данные представленные пациентом с данными документа, удостоверяющего личность.
- ✓ Сверить данные представленные пациентом с данными документа, удостоверяющего личность и с данными направления.

4. В № 453 каб отделения профилактики медицинский сотрудник оформляет документы гражданина для получения платной медицинской услуги.

Оформление:
- медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях ф-025\у;
- выписка направлений на обследования;
- заполнение информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, согласие об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг, заявление о согласии на обработку персонифицированных данных;
-выдача маршрутного листа;
-оформление «наряда на оказание платных медицинских услуг»

5. Гражданин оплачивает платные медицинские услуги в кассе (каб. № 133) по ценам, согласно утверждённому прейскуранту по платным услугам (приказ №24 от 09.01.19г)

6. Кассир на основании «Информированного добровольного согласия пациента на предоставление медицинских услуг на платной основе», «Согласия на обработку персонифицированных данных», «наряда на оказание платных медицинских услуг» и документа, удостоверяющего личность осуществляет:
4.1. оформление и заключение договора на оказание платных медицинских услуг с гражданином в соответствии с утвержденной формой договора в трёх экземплярах:

- ✓ первый с контрольно-кассовым чеком - передается гражданину,
- ✓ второй – подшивается в реестр платных медицинских услуг,
- ✓ третий – передается специалисту поликлиники для вклеивания в медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях ф-025\у

42. регистрирует договор об оказании платных медицинских услуг в журнале установленной формы, подшивает в папку «наряд на оказание платной медицинской

услуги» и ведёт ежедневный учёт оказанных платных медицинских услуг по утверждённой форме.

4.3. осуществляет операции по приёму денежных средств за оказанные платные медицинские услуги согласно действующему «Прейскуранту цен на платные медицинские услуги» с применением контрольно-кассового аппарата.

7. Оказание платных медицинских услуг медицинские работники осуществляют при предъявлении гражданином:

- договора на оказание платных медицинских услуг и контрольно-кассового чека подтверждающего оплату медицинских услуг;
- «Информированного добровольного согласия пациента на предоставление медицинских услуг на платной основе»,
- «Согласие на обработку персонифицированных данных».
- медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях ф-025\у

8.Обследование и прием специалистов:

- Забор биоматериала для исследования каб. №635 (с 8.00 до 9.00).
- Забор крови на ОАК, РМП каб. № 443 (с 8.00 до 9.00).
- Флюорография каб. №139а (с 8.00 до 20.00 электронная очередь).
- Электрокардиография каб. №453 (с8.00 до 20.00).
- Электроэнцефалография каб. № 421 (с 14.00 до 15.00).
- Невролог каб. № 433\435 (с 8.00 до 10.00).
- Терапевт кааб № 452 (пн.ср.пт с14.00 до 20.00; вт,чет с 8.00 до 14.00).
- Психиатра, психиатра-нарколога №447 каб. (Вт. 14.00-15.00; Чт. 8.00-9.30).
- Гинеколог №445 каб.( 9.00-12.00)
- Дерматолог №446 каб. (11.30-14.00).
- ЛОР №560 каб.(14.00-15.00)
- Стоматолог №636 каб.(ПН,СР,ПТ 8.00-14.00; ВТ,ЧЕТ 14.00-20.00)
- Хирург №505 каб. (СР 8.00- 10.00; ПН,ВТ, ЧЕТ,ПТ 13.00- 15.00)
- Офтальмолог №645 каб. (ВТ,ЧЕТ 8.00-10.00;ПН,СР. 14.00-16.00)
- Прививки №340каб (.8.00-9.00)
- Заседание врачебной комиссии кааб №338 (чет с 10.00 до 11.00).

9. После оказавший платную медицинскую услугу:

9.1. оформляет Акт об оказании платных медицинских услуг по установленной форме в двух экземплярах :

- один вклеивает в амбулаторную карту,

другой выдаёт пациенту;

9.2.выдаёт пациенту (законному представителю пациента) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

9.3. возвращает в кабинет №453 доврачебного приёма оформленную медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях ф-025\у.

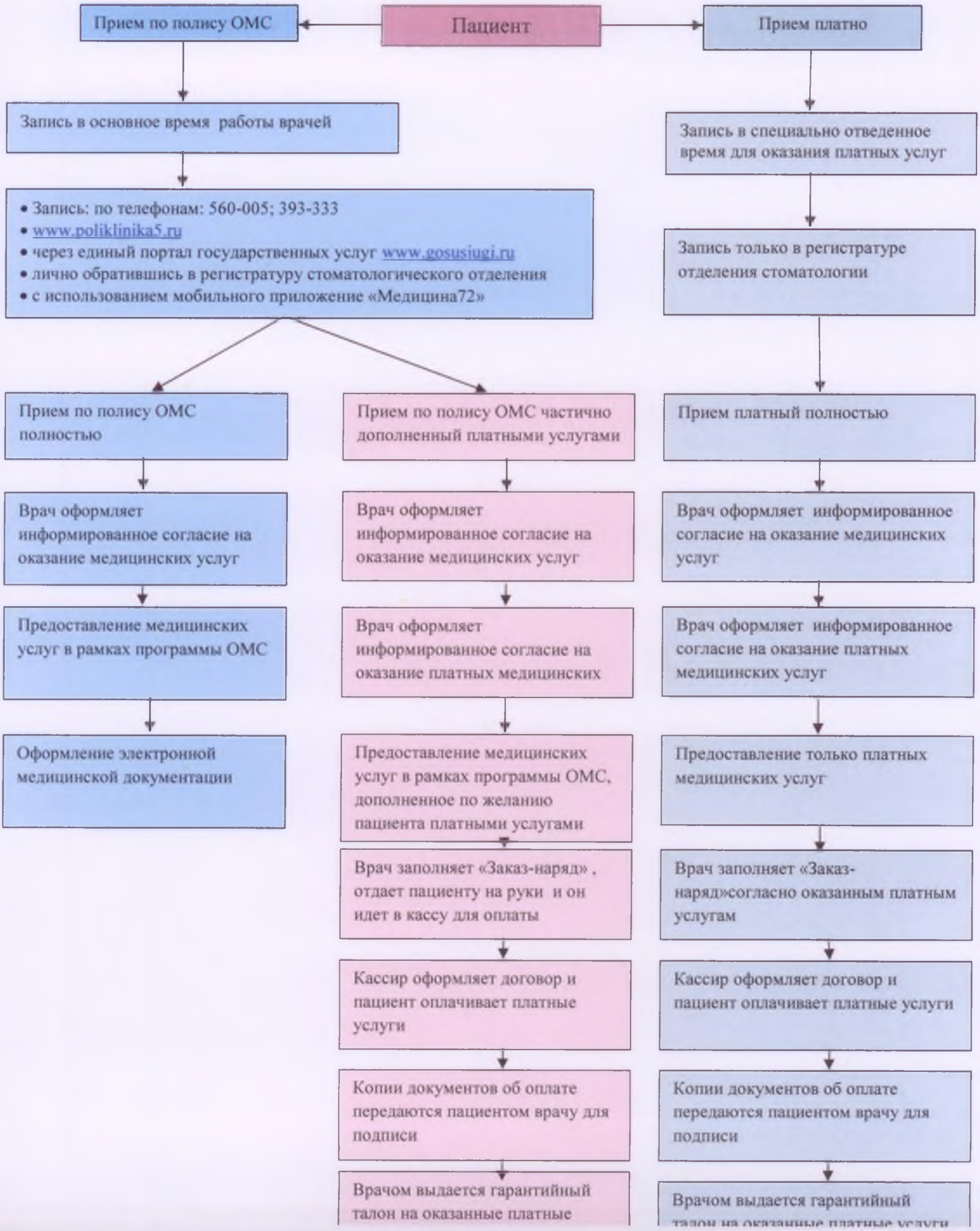
10. Первичная медицинская документация хранится в кабинете №453 доврачебного приёма в течение года, а затем передаётся на хранение в архив.

Приложение № 18

к приказу ГАУЗ ТО«Городская поликлиника №5»

№ 24 от 09.01.2019г

**Алгоритм оказания стоматологических услуг ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5»**



Приложение № 19
к приказу ГАУЗ ТО«Городская поликлиника №5»
№ 24 от 09.01.2019г.

**Алгоритм вакцинации детей альтернативными вакцинами на платной основе**

Обращение пациента/законного представителя для проведения вакцинации альтернативной вакциной на платной основе

↓

Обращение пациента/законного представителя к администратору

↓

Администратор информирует пациента/законного представителя о режиме работы кабинета врача – педиатра, ведущего прием пациентов, принявших решение о вакцинации альтернативными вакцинами и, направляет его в 225 кабинет в соответствии с графиком работы

↓

Врач – педиатр 225 кабинета проводит идентификацию пациента, определяет показания и отсутствие противопоказания для проведения вакцинации, проводит осмотр ребенка, заполняет медицинскую документацию, направляет пациента/законного представителя в кассу для заключения договора и проведения оплаты

↓

Пациент/законный представитель из кассы возвращается с чеком об оплате в 225 кабинет

↓

Медицинская сестра врача – педиатра 225 кабинета проводит вакцинацию ребенку в отдельном кабинете (203 кабинет), заполняет медицинские документы, передает информацию участковой медицинской сестре о проведенной вакцинации для проведения патронажа в установленные законодательством сроки

Приложение № 20
к приказу ГАУЗ ТО«Городская поликлиника №5»
№ 24 от 09.01.2019г.

УВЕДОМЛЕНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЯ (ЗАКАЗЧИКА)

**Настоящим подтверждаю, что до заключения договора на предоставление платных медицинских услуг я уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.**

**Настоящим подтверждаю, что до заключения Договора я проинформирован Исполнителем о возможности получения соответствующих видов и объёмов медицинских услуг, в рамках обязательного медицинского страхования.**

_____
(Ф.И.О., подпись)

**Договор на оказание платных медицинских услуг № ___**
(двухсторонний)

г. Тюмень «___» _____ 20__ г.

Государственное автономное учреждение здравоохранения Тюменской области «Городская поликлиника № 5», действующее на основании лицензии на право осуществления медицинской деятельности № ЛО – 72-01-003003 от 06.февраля 2019г., выданная Департаментом здравоозранения Тюменской области, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Беленькой Виктории Александровны, действующей на основании Устава, с одной стороны, и

_____
*в зависимости от статуса контрагента вписать Ф.И.О. Потребителя / законного представителя Потребителя*

_____

_____,

именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. По настоящему договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия Заказчика (законного представителя Заказчика), обязуется оказать ему медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья, а Заказчик обязуется оплатить данные услуги.

Сведения об Исполнителе:

полное наименованиеГосударственное атономное учреждение здравоохранения Тюменской области «Городская поликлиника № 5»

место нахождение: г. Тюмень, ул. Московский тракт, д. 35а

Деятельность осуществляет на основании лицензии № ЛО – 72-01-003003 от 06.февраля 2019г., выданная Департаментом здравоозранения Тюменской области (юридический адрес: г. Тюмень, ул. Челюскинцев, д. 8, фактический адрес: г. Тюмень, ул. Малыгина, д. 48, телефон (3452) 55-78-00, 55-78-18). Исполнитель внесен в Единый государственный реестр юридических лиц _____ за ОГРН _____, свидетельство серия 72 № _____, выданное _____.

1.2. Перечень платных медицинских услуги, предоставляемых, «Заказчику»:

| № п/п | Наименование услуги | Стоимость, руб. |
|---|---|---|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| Итого: | | |

1.3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется 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 № 323-ФЗ от 21.11.2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
1.4. Срок оказания медицинских услуг _____ дней (вписать).

**2. Права и обязанности сторон**

**2.1. Исполнитель обязуется:**

2.1.1. Оказать Заказчику платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых пациенту платных медицинских услуг, качество которых должно соответствовать требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.
2.1.2. Оказывать медицинские услуги в полном объеме в соответствии с настоящим договором после внесения Заказчиком денежных средств в порядке, определенном разделом 3 настоящего договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату; с соблюдением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.
2.1.3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Заказчика.
Без согласия Заказчика Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.
2.1.4. По требованию Заказчика предоставить ему в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:
- порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;
- информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- другие сведения, относящиеся к предмету настоящего договора.
2.1.5. Исполнитель предоставляет Заказчику (законному представителю Заказчика) по его требованию и в доступной для него форме информацию:
- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;
- 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.
2.1.6. Вести всю необходимую медицинскую документацию в установленном действующим законодательством порядке.
2.1.7. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Заказчику услуг, а также денежных средств, поступивших от Заказчика.

**2.2. Исполнитель вправе:**

2.2.1. Отказаться от исполнения настоящего договора в случае невыполнения Заказчиком рекомендаций медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу.

**2.3. Заказчик обязуется:**

2.3.1. Оплатить стоимость предоставленных Исполнителем медицинских услуг, указанных в п. 1.2. настоящего договора в сроки и в порядке, которые определены настоящим договором.
2.3.2. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.
2.3.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору.
2.3.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения.

**2.4. Заказчик имеет право:**

2.4.1. Получать информацию об Исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах.
2.4.2. На выбор врача, оказывающего необходимые медицинские услуги.
2.4.3. Отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

2.5. Заказчик дает свободно, по своей воле и в своем интересе согласие на обработку персональных данных, необходимых для исполнения настоящего договора, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов.

**3. Стоимость медицинских услуг и порядок расчетов**

3.1. Стоимость услуг, оказываемых по настоящему договору, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом платных медицинских услуг, утвержденным Исполнителем, и составляет _____ (_____ _____) рублей.

3.2. Заказчику в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг.

3.3. Заказчик осуществляет 100%-ную предоплату медицинских услуг наличными денежными средствами в кассу Исполнителя.

3.4. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Заказчику услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Заказчика удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Заказчиком по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

**4. Ответственность сторон**

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

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

4.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Заказчиком неполной информации о своем здоровье в соответствии с п. 2.3.2 настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных п. 2.3.4 настоящего договора.

4.4. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

**5. Конфиденциальность**

5.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

5.2. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Заказчика за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

**6. Заключительные положения**

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его заключения и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

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

6.3. Настоящий договор составлен в двух аутентичных экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

6.4. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

**7. Реквизиты и подписи сторон**

**Исполнитель** ГАУЗ ТО«Городская поликлиника № 5», 625047, г. Тюмень, ул. Московский тракт, д. 35а ОГРН 1037200558361 ИНН 7204036223, КПП 720301001
р/с: 40601810400003000001 Департамента финансов Тюменской области (ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 5» л/сч МС 001181179ПЛНП) в ГРКЦ ГУ Банка России по Тюменской области

**Главный врач** _____ **В. А. Беленькая**

**Заказчик:** ФИО: _____
паспорт серии _____ № _____, выдан _____
_____дата выдачи: _____
Адрес места жительства: _____
_____ телефон: _____

_____ /_____/

УВЕДОМЛЕНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЯ (ЗАКАЗЧИКА)

**Настоящим подтверждаю, что до заключения договора на предоставление платных медицинских услуг я уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.**

**Настоящим подтверждаю, что до заключения Договора я проинформирован Исполнителем о возможности получения соответствующих видов и объёмов медицинских услуг, в рамках обязательного медицинского страхования.**

_____ _____
(Ф.И.О., подпись Заказчика) (Ф.И.О., подпись Потребителя)

**Договор на оказание платных медицинских услуг № ___**
(трёхсторонний)

г. Тюмень «___» _____ 20__ г.

Государственное автономное учреждение здравоохранения Тюменской области «Городская поликлиника № 5», действующее на основании лицензии на право осуществления медицинской деятельности № ЛО – 72-01-003003 от 06.февраля 2019г., выданная Департаментом здравоозранения Тюменской области, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Беленькой Виктории Александровны, действующей на основании Устава, с одной стороны, и

_____
*вписать Ф.И.О Заказчика физического лица, наименование Заказчика юридического лица*

_____,
именуемый в дальнейшем **«Заказчик»**,

_____
_____

_____
*вписать ФИО Потребителя*

именуемый в дальнейшем **«Потребитель»** с другой стороны, с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. По настоящему договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия Потребителя (законного представителя потребителя), обязуется оказать ему медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья, Заказчик обязуется оплачивать оказанные стоматологические услуги, а Потребитель обязуется выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинской услуги.

Сведения об Исполнителе:

полное наименование: Муниципальное медицинское автономное учреждение «Городская поликлиника № 5»

место нахождение: г. Тюмень, ул. Московский тракт, д. 35а

Деятельность осуществляет на основании лицензии № ЛО – 72-01-003003 от 06.февраля 2019г., выданная Департаментом здравоозранения Тюменской области (юридический адрес: г. Тюмень, ул. Челюскинцев, д. 8, фактический адрес: г. Тюмень, ул. Малыгина, д. 48, телефон (3452) 55-78-00, 55-78-18). Исполнитель внесен в Единый государственный реестр юридических лиц _____ за ОГРН _____, свидетельство серия 72 № _____, выданное _____.

1.2. Перечень платных медицинских услуги, предоставляемых, «Потребителю»:

| № п/п | Наименование услуги | Стоимость, руб. |
|---|---|---|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| Итого: | | |

1.3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется 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 № 323-ФЗ от 21.11.2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

1.4. Срок оказания медицинских услуг _____ дней (вписать).

**2. Права и обязанности сторон**

**2.1. Исполнитель обязуется:**

2.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых пациенту платных медицинских услуг, качество которых должно соответствовать требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.

2.1.2. Оказывать Потребителю медицинские услуги в полном объеме в соответствии с настоящим договором после внесения Заказчиком денежных средств в порядке, определенном разделом 3 настоящего договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату; с соблюдением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.1.3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя.

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

2.1.4. По требованию Потребителя предоставить ему в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:

- порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;
- информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- другие сведения, относящиеся к предмету настоящего договора.

2.1.5. Исполнитель предоставляет Потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;
- 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.

2.1.6. Вести всю необходимую медицинскую документацию в установленном действующим законодательством порядке.

2.1.7. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, а также денежных средств, поступивших от Потребителя.

**2.2. Исполнитель вправе:**
2.2.1. Отказаться от исполнения настоящего договора в случае невыполнения Потребителем рекомендаций медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу.
**2.3. Потребитель обязуется:**
2.3.1. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.
2.3.2. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору.
2.3.3. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения.
**2.4. Потребитель имеет право:**
2.4.1. Получать информацию об Исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах.
2.4.2. На выбор врача, оказывающего необходимые медицинские услуги.
2.4.3. Отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.
**2.5. Заказчик обязуется:**
2.5.1. Оплатить стоимость предоставленных Исполнителем медицинских услуг, указанных в п. 1.2. настоящего договора в сроки и в порядке, которые определены настоящим договором.
2.5.2. Получать от Исполнителя информацию о стоимости оказанных потребителю услуг.
2.6. Потребитель дает свободно, по своей воле и в своем интересе согласие на обработку персональных данных, необходимых для исполнения настоящего договора, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов.

**3. Стоимость медицинских услуг и порядок расчетов**
3.1. Стоимость услуг, оказываемых по настоящему договору, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом платных медицинских услуг, утвержденным Исполнителем, и составляет
_____ (_____
_____) рублей.
3.2. Заказчику в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг.
3.3. Заказчик осуществляет 100%-ную предоплату медицинских услуг наличными денежными средствами в кассу Исполнителя.
3.4. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Заказчика удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Заказчиком по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.
**4. Ответственность сторон**
4.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.
4.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.
4.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье в соответствии с п. 2.3.2 настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных п. 2.3.4 настоящего договора.
4.4. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.
**5. Конфиденциальность**
5.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

5.2. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

**6. Заключительные положения**

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его заключения и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

6.2. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя и Заказчика о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Заказчик оплачивает фактически оказанные Потребителю услуги и понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

6.3. Настоящий договор составлен в трёх аутентичных экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

6.4. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

Потребитель согласен на предоставление Заказчику информации о состоянии своего здоровья, видах медицинских услуг оказанных ему Исполнителем, их объёмах и стоимости

_____ /_____/

(Ф.И.О.) (подпись)

**7. Реквизиты и подписи сторон**

**Исполнитель** ГАУЗ ТО«Городская поликлиника № 5», 625047, г. Тюмень, ул. Московский тракт, д. 35а ОГРН 1037200558361 ИНН 7204036223, КПП 720301001
р/с: 40601810400003000001 Департамента финансов Тюменской области (ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 5» л/сч МС 001181179ПЛНП) в ГРКЦ ГУ Банка России по Тюменской области

**Главный врач** _____ **В. А. Беленькая**

**Заказчик:** ФИО: _____
паспорт серии _____ № _____, выдан _____
_____дата выдачи: _____
Адрес места жительства: _____
_____ телефон: _____

_____ /_____/

**Потребитель:** ФИО: _____
паспорт серии _____ № _____, выдан _____
_____дата выдачи: _____
Адрес места жительства: _____
_____ телефон: _____

_____ /_____/

УВЕДОМЛЕНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЯ (ЗАКАЗЧИКА)

**Настоящим подтверждаю, что до заключения договора на предоставление платных медицинских услуг я уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.**

**Настоящим подтверждаю, что до заключения Договора я проинформирован Исполнителем о возможности получения соответствующих видов и объёмов медицинских услуг, в рамках обязательного медицинского страхования.**

_____ _____

(Ф.И.О., подпись Заказчика)(Ф.И.О., подпись Потребителя)

**Договор на оказание платных стоматологических услуг №_____ ___**

**(трёхсторонний)**

г. Тюмень « ___ »

201_ г.

ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 5», в лице главного врача Беленькой Виктории Александровны, действующей на основании Устава, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»** с одной стороны и

_____

*вписать Ф.И.О. Заказчика физического лица, наименование Заказчика юридического лица*

_____,

именуемый в дальнейшем **«Заказчик»**,

_____

_____

*вписать ФИО Потребителя*

именуемый в дальнейшем **«Потребитель»** с другой стороны, вместе именуемые в дальнейшем **«Стороны»**, находясь в здравом уме и ясной памяти, действуя добровольно, понимая значение своих действий, и предвидя последствия их совершения, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. Исполнитель обязуется оказывать Потребителю платные стоматологические услуги согласно предварительному плану лечения, который является неотъемлемой частью настоящего договора, Заказчик обязуется оплачивать оказанные стоматологические услуги, а Потребитель обязуется выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинской услуги.

Сведения об Исполнителе:

полное наименование: Государственное автономное учреждение здравоохранения Тюменской области «Городская поликлиника № 5»

место нахождение: г. Тюмень, ул. Московский тракт, д. 35а

Деятельность осуществляет на основании лицензии № ЛО – 72-01-003003 от 06.февраля 2019г., выданная Департаментом здравоозранения Тюменской области (юридический адрес: г. Тюмень, ул. Челюскинцев, д. 8, фактический адрес: г. Тюмень, ул. Малыгина, д. 48, телефон (3452) 55-78-00, 55-78-18). Исполнитель внесен в Единый государственный реестр юридических лиц _____ за ОГРН _____, свидетельство серия 72 № _____, выданное _____.

Предмет договора должен толковаться с учётом медицинской карты пациента, информированных согласий на медицинское вмешательство, предварительного плана лечения.

**2. Обязательства сторон**

**2.1. Исполнитель обязуется:**

2.1.1. Провести полный клинический осмотр полости рта Потребителя.

2.1.2. По результатам клинического осмотра предоставить Потребителю полную и достоверную информацию о состоянии его полости рта, сущности применяемых в его случае методик лечения, протезирования, медикаментов, материалов и составить для Потребителя рекомендуемый план лечения, согласовав с ним перечень конкретных медицинских мероприятий и профилактических мер, определив порядок и сроки их исполнения.

2.1.3. Информировать Потребителя о противопоказаниях, возможных осложнениях и временном дискомфорте, которые могут возникнуть в процессе лечения, протезирования в связи с анатомо-физиологическими особенностями челюстно-лицевой области Потребителя.

2.1.4. Определить для Потребителя гарантийный срок и срок службы при оказании стоматологической услуги, объяснив условия при которых гарантийные обязательства Исполнителя сохраняются, и, указав данные сроки в Заказ-наряде, либо проинформировать пациента о том, что на планируемую к оказанию ему стоматологическую услугу гарантийные сроки не распространяются в связи с тем, что её оказание связано с большой степенью риска возникновения осложнений. Возникающие в результате оказания такой стоматологической услуги осложнения лечатся в обычном порядке на возмездной основе.

Исполнитель выполняет гарантийные обязательства при условии соблюдения Потребителем следующих требований:

* в полном объёме провести начатое лечение;
* не проводить в других учреждениях коррекцию работы, выполненной Исполнителем, за исключением ситуаций, связанных с оказанием неотложной медицинской помощи;
* в случае обращения за неотложной стоматологической помощью в другие лечебные учреждения, предоставить оттуда выписку из медицинской карты, рентгеновские снимки и результат обследования и лечения.

Гарантийные обязательства не сохраняются при возникновении в период гарантийного срока форс-мажорных обстоятельств, характеризующихся признаками чрезвычайности, непредвидимости, непреодолимости для сторон, которые напрямую или косвенно приводят к изменению в зубах и окружающих тканях.

2.1.5. Информировать Потребителя и Заказчика о стоимости услуг с учетом проведенного обследования, в соответствии с согласованным планом.

2.1.6. Обеспечить качественное выполнение стоматологических услуг в рамках согласованного плана, в соответствии с медицинскими показаниями, с применением качественных материалов и инструментов, использованием современных технологий лечения.

2.1.7. Оказать медицинские услуги в сроки, согласованные с Потребителем, при условии соблюдения им сроков явки на приемы.

2.1.8. Информировать Потребителя о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения.

2.1.9. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день назначенного лечения его обязанности по лечению Потребителя с согласия последнего исполняет другой врач клиники. Если Заказчик не согласен на замену врача, то назначается другой день лечения.

**2.3. Потребитель обязуется:**

2.3.1. До начала оказания медицинской услуги информировать Исполнителя о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, проведенных ранее обследованиях и лечении, имеющихся аллергических реакциях и противопоказаниях, и иные сведения, которые могут оказать влияние на ход лечения, а так же исходах лечения, проведённого в других медицинских организациях.

2.3.2. Пройти назначенное врачом и предусмотренное стандартами и порядками оказания медицинской помощи обследование, необходимое для проведения лечения.

2.3.3. Строго соблюдать все назначения и рекомендации Исполнителя для достижения и сохранения результатов лечения.

2.3.4. Своевременно являться на лечебные и последующие профилактические приемы, а при невозможности явки по уважительным причинам - в ближайшее время предупредить об этом Исполнителя.

2.3.5. Ознакомиться с Положением о гарантийных сроках и сроках службы на стоматологические услуги клиники.

2.3.6. Удостоверить личной подписью в оформляемой учетно-регистрационной документации:

* Согласие на обработку персональных данных;
* Анкету;
* Предварительный план лечения;
* Информированное согласие на все проводимые манипуляции.

2.3.7. Оказание и принятие выполненных стоматологических услуг, подтверждаются подписями врача и Потребителя в акте на оказанные услуги, которые ставятся ими в день оказания услуги.

**2.4. Заказчик обязуется:**

2.4.1. Оплатить услуги Исполнителя на условиях настоящего Договора.

## 3. Стоимость услуг и порядок расчетов.

3.1. Цена стоматологических услуг определяется по установленному в клинике прейскуранту.

3.2. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется на основании действующего Прейскуранта цен и указывается в предварительном плане лечения.

3.3. Оплата производится непосредственно в день оказания конкретной медицинской услуги и сразу после её оказания. В случае, если у Заказчика недостаточно денежных средств для оплаты оказанной медицинской услуги, то он составляет гарантийное письмо об оплате с указанием сроков оплаты. Данное гарантийное письмо передаётся Исполнителю.

3.4. Все финансовые расчеты с исполнителем медицинских услуг производятся только через кассу клиники или по безналичному расчету в соответствии с Прейскурантом клиники.

3.5. Во всех случаях расторжения договора Заказчик оплачивает Исполнителю фактически оказанные Потребителю до момента расторжения договора стоматологические услуги.

**4. Ответственность сторон.**

4.1. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность согласно действующему законодательству.

4.2. В случае неисполнения Заказчиком обязательств по оплате, либо нарушении Потребителем условий Договора, связанных с исполнением указаний (рекомендаций) Исполнителя, последний вправе приостановить проведение лечебно-диагностических мероприятий (за исключением проведения лечения по жизненным показаниям / экстренной медицинской помощи).

**5. Дополнительные условия.**

5.1. Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до полного исполнения сторонами взятых на себя обязательств.

5.2. Потребитель в любое время может расторгнуть договор, оплатив Исполнителю фактически оказанные медицинские услуги и понесённые расходы.

5.3. Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке одной из сторон в случае нарушения другой стороной принятых на себя обязательств.

5.4. В случае отказа Потребителя от прохождения обследования в соответствии с п. 2.3.2,настоящий договор расторгается, поскольку, возникает существенный риск возникновения осложнений, Исполнитель не может брать на себя ответственность и лечить Потребителя в ситуации недостаточной информации для постановки диагноза и правильного выбора материалов, методик лечения или протезирования.

5.5. Изменение настоящего договора возможно путём составления к нему Дополнительного соглашения, подписанного обеими сторонами.

5.6. Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство хранится в клинике.

5.6. Договор составлен в 3-х экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Заказчика, третий - у Потребителя.

5.7. Приложения:

- Предварительный план лечения.

Потребитель согласен на предоставление Заказчику информации о состоянии своего здоровья, видах медицинских услуг оказанных ему Исполнителем, их объёмах и стоимости.

_____ /_____/

(Ф.И.О.) (подпись)

**6. Адреса и подписи сторон**

**Исполнитель:** ГАУЗ ТО«Городская поликлиника № 5», 625047, г. Тюмень, ул. Московский тракт, д. 35а ОГРН 1037200558361 ИНН 7204036223, КПП 720301001

р/с: 40601810400003000001 Департамента финансов Тюменской области (ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 5» л/сч МС 001181179ПЛНП) в ГРКЦ ГУ Банка России по Тюменской области

**Главный врач** _____ **В. А. Беленькая**

**Заказчик:** ФИО: _____

паспорт серии _____ № _____, выдан _____

_____дата выдачи: _____

Адрес места жительства: _____

_____ телефон: _____

_____ /_____/

**Потребитель:** ФИО: _____

паспорт серии _____ № _____, выдан _____

_____дата выдачи: _____

Адрес места жительства: _____

_____ телефон: _____

_____ /_____/

УВЕДОМЛЕНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЯ (ЗАКАЗЧИКА)

**Настоящим подтверждаю, что до заключения договора на предоставление платных медицинских услуг я уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.**

**Настоящим подтверждаю, что до заключения Договора я проинформирован Исполнителем о возможности получения соответствующих видов и объёмов медицинских услуг, в рамках обязательного медицинского страхования.**

_____

(Ф.И.О., подпись)

**Договор на оказание платных стоматологических услуг №_____ ___**

**(двухсторонний)**

г. Тюмень « »_____201_ г.

ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 5», в лице главного врача Беленькой Виктории Александровны, действующей на основании Устава, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»** с одной стороны и

_____

*в зависимости от статуса контрагента вписать Ф.И.О. Заказчика / законного представителя Заказчика*

_____

_____,

именуемый в дальнейшем **«Заказчик»** с другой стороны, вместе именуемые в дальнейшем **«Стороны»**, находясь в здравом уме и ясной памяти, действуя добровольно, понимая значение своих действий, и предвидя последствия их совершения, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. Исполнитель обязуется оказывать Заказчику платные стоматологические услуги согласно предварительному плану обследования и лечения, который является неотъемлемой частью настоящего договора, а последний обязуется оплачивать и выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинской услуги.

Сведения об Исполнителе:

полное наименование: Муниципальное медицинское автономное учреждение «Городская поликлиника № 5»

место нахождение: г. Тюмень, ул. Московский тракт, д. 35а

Деятельность осуществляет на основании лицензии № ЛО – 72-01-003003 от 06.февраля 2019г., выданная Департаментом здравоозранения Тюменской области (юридический адрес: г. Тюмень, ул. Челюскинцев, д. 8, фактический адрес: г. Тюмень, ул. Малыгина, д. 48, телефон (3452) 55-78-00, 55-78-18). Исполнитель внесен в Единый государственный реестр юридических лиц _____ за ОГРН _____, свидетельство серия 72 № _____, выданное _____.

Предмет договора должен толковаться с учётом медицинской карты пациента, информированных согласий на медицинское вмешательство, предварительного плана лечения.

**2. Обязательства сторон**

**2.1. Исполнитель обязуется:**

2.1.1. Провести полный клинический осмотр полости рта Заказчика.

2.1.2. По результатам клинического осмотра предоставить Заказчику полную и достоверную информацию о состоянии его полости рта, сущности применяемых в его случае методик лечения, протезирования, медикаментов, материалов и составить для Заказчика предварительный план обследования и лечения, согласовав с ним перечень конкретных медицинских мероприятий и профилактических мер, определив порядок и сроки их исполнения.

2.1.3. Информировать Заказчика о противопоказаниях, возможных осложнениях и временном дискомфорте, которые могут возникнуть в процессе лечения, протезирования в связи с анатомо-физиологическими особенностями челюстно-лицевой области Заказчика.

2.1.4. Определить для Заказчика гарантийный срок и срок службы при оказании стоматологической услуги, объяснив условия при которых гарантийные обязательства Исполнителя сохраняются, и, указав данные сроки в Заказ-наряде, либо проинформировать Заказчика о том, что на планируемую к оказанию ему стоматологическую услугу гарантийные сроки не распространяются в связи с тем, что её оказание связано с

большой степенью риска возникновения осложнений. Возникающие в результате оказания такой стоматологической услуги осложнения лечатся в обычном порядке на возмездной основе.
Исполнитель выполняет гарантийные обязательства при условии соблюдения Заказчиком следующих требований:

* в полном объёме провести начатое лечение;
* не проводить в других учреждениях коррекцию работы, выполненной Исполнителем, за исключением ситуаций, связанных с оказанием неотложной медицинской помощи;
* в случае обращения за неотложной стоматологической помощью в другие лечебные учреждения, предоставить оттуда выписку из медицинской карты, рентгеновские снимки и результат обследования и лечения.

Гарантийные обязательства не сохраняются при возникновении в период гарантийного срока форс-мажорных обстоятельств, характеризующихся признаками чрезвычайности, непредвидимости, непреодолимости для сторон, какие бы это обстоятельства не были, которые напрямую или косвенно приводят к изменению в зубах и окружающих тканях.

2.1.5. Информировать Заказчика о стоимости услуг с учетом проведенного обследования, в соответствии с согласованным планом.

2.1.6. Обеспечить качественное выполнение стоматологических услуг в рамках согласованного плана, в соответствии с медицинскими показаниями, с применением качественных материалов и инструментов, использованием современных технологий лечения.

2.1.7. Выполнить работы в сроки, согласованные с Заказчиком, при условии соблюдения им сроков явки на приемы.

2.1.8. Информировать Заказчика о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения.

2.1.9. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день назначенного лечения его обязанности по лечению Заказчика с согласия последнего исполняет другой врач клиники. Если Заказчик не согласен на замену врача, то назначается другой день лечения.

**2.3. Заказчик обязуется:**

2.3.1. До начала оказания медицинской услуги информировать Исполнителя о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, проведенных ранее обследованиях и лечении, имеющихся аллергических реакциях и противопоказаниях, и иные сведения, которые могут оказать влияние на ход лечения, а так же исходах лечения, проведённого в других медицинских организациях.

2.3.2. Пройти назначенное врачом и предусмотренное стандартами и порядками оказания медицинской помощи обследование, необходимое для проведения лечения.

2.3.3. Строго соблюдать все назначения и рекомендации Исполнителя для достижения и сохранения результатов лечения.

2.3.4. Своевременно являться на лечебные и последующие профилактические приемы, а при невозможности явки по уважительным причинам - в ближайшее время предупредить об этом Исполнителя.

2.3.5. Ознакомиться с Положением о гарантийных сроках и сроках службы на стоматологические услуги клиники.

2.3.6. Удостоверить личной подписью в оформляемой учетно-регистрационной документации:

* Согласие на обработку персональных данных;
* Анкету;
* Предварительный план лечения;
* Информированное согласие на все проводимые манипуляции.

2.3.7. Оплатить услуги Исполнителя на условиях настоящего Договора.

2.3.8. Оказание и принятие выполненных стоматологических услуг, подтверждаются подписями врача и Заказчика в акте на оказанные услуги, которые ставятся ими в день оказания услуги.

## 3. Стоимость услуг и порядок расчетов.

3.1. Цена стоматологических услуг определяется по установленному в клинике прейскуранту.

3.2. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется на основании действующего Прейскуранта цен и указывается в предварительном плане лечения.

3.3. Оплата производится непосредственно в день оказания конкретной медицинской услуги и сразу после её оказания. В случае, если у Заказчика недостаточно денежных средств для оплаты оказанной медицинской услуги, то он составляет гарантийное письмо об оплате с указанием сроков оплаты. Данное гарантийное письмо передаётся Исполнителю.

3.4. Все финансовые расчеты с исполнителем медицинских услуг производятся только через кассу клиники или по безналичному расчету в соответствии с Прейскурантом клиники.

3.5. Во всех случаях расторжения договора Заказчик оплачивает Исполнителю фактически оказанные ему до момента расторжения договора стоматологические услуги.

**4. Ответственность сторон.**

4.1. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность согласно действующему законодательству.

4.2. В случае неисполнения Заказчиком обязательств по оплате либо нарушении им условий Договора, связанных с исполнением указаний (рекомендаций) Исполнителя, последний вправе приостановить проведение лечебно-диагностических мероприятий (за исключением проведения лечения по жизненным показаниям / экстренной медицинской помощи).

**5. Дополнительные условия.**

5.7. Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до полного исполнения сторонами взятых на себя обязательств.

5.8. Заказчик в любое время может расторгнуть договор, оплатив Исполнителю фактически оказанные медицинские услуги и понесённые расходы.

5.9. Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке одной из сторон в случае нарушения другой стороной принятых на себя обязательств.

5.10.В случае отказа Заказчика от прохождения обследования в соответствии с п. 2.3.2, настоящий договор расторгается, поскольку, возникает существенный риск возникновения осложнений, Исполнитель не может брать на себя ответственность и лечить Заказчика в ситуации недостаточной информации для постановки диагноза и правильного выбора материалов, методик лечения или протезирования.

5.11.Изменение настоящего договора возможно путём составления к нему Дополнительного соглашения, подписанного обеими сторонами.

5.12.Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство хранится в клинике.

5.6. Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

5.7. Приложения:

- Предварительный план лечения.

**6. Адреса и подписи сторон**

**Исполнитель: :** ГАУЗ ТО«Городская поликлиника № 5», 625047, г. Тюмень, ул. Московский тракт, д. 35а ОГРН 1037200558361 ИНН 7204036223, КПП 720301001
р/с: 40601810400003000001 Департамента финансов Тюменской области (ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 5» л/сч МС 001181179ПЛНП) в ГРКЦ ГУ Банка России по Тюменской области

**Главный врач** _____ **В. А. Беленькая**

**Заказчик:** ФИО: _____
паспорт серии _____ № _____, выдан _____
_____ дата выдачи: _____
Адрес места жительства: _____
_____ телефон: _____

_____ /_____/

Приложение № 21
к приказу ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5»
№ 24 от 09.01.2019г.

**ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 5»**

**Информированное согласие пациента на получение платных медицинских услуг**

Я,_____

в рамках договора на предоставление платных медицинских услуг, добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом желаю получить в МГАУЗ ТО "Городская поликлиника № 5" медицинские услуги на платной основе. При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я проинформирован(а) сотрудниками ГАУЗ ТО "Городская поликлиника № 5" о возможности предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов, Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи Тюменской области на 2017 год и не плановый период 2018 и 2019 годов, при соблюдении установленных требований, и добровольно даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг в ГАУЗ ТО "Городская поликлиника № 5".

2. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение медицинских услуг на платной основе в ГАУЗ ТО "Городская поликлиника № 5".

3. Платные медицинские услуги оказываются по моему желанию на иных условиях, чем предусмотрено программой, территориальными программами и (или) целевыми программами в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи:

- на иных условиях, чем предусмотрено программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и (или) целевыми программами;
- 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, предусмотренных статьей 21 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 года.

4. Отказ то предлагаемых мне платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объема оказываемой медицинской помощи, предоставляемых такому пациенту без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

5. Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат, что при проведении и после него, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.

6. Я согласен(а) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ГАУЗ ТО "Городская поликлиника № 1" не несет ответственности за их возникновение.

7. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей ГАУЗ ТО "Городская поликлиника № 5".

8. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом цен на медицинские услуги и согласна оплатить стоимость оказанных мне медицинских услуг в соответствии с прейскурантом в кассу ГАУЗ ТО "Городская поликлиника № 5".

Дата «_____» _____» 201_г.

_____ /_____/

Подтверждаю, что я довел(а) до пациента полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг в медицинских учреждениях согласно перечню медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы государственных гарантий оказаниям гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Тюменской области
Информацию до пациента довел:
_____/_____/
Ф.И.О подпись
«____» _____ 20____ г.

**Настоящий документ разработан в соответствии с Законом РФ «О защите прав потребителей» от 07.02.1992г. №2300-1, Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утв. Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006, Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 № 323-ФЗ**

***ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 5»***

**Информированное добровольное согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства**

Я, _____, добровольно даю своё согласие на проведение мне следующего вида обезболивания
_____ _____
_____.

Я поставил(ла) в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы, цветов, обо всех перенесённых с рождения и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Сообщил(ла) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я информирован(на) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а так же о том, что предстоит мне делать во время его проведения.

Анестезия имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции. Анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько аппликаций или инъекций (уколов) для введения анестезирующего вещества с целью обеспечения эффекта обезболивания. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма.

Последствиями отказа от данной операции могут быть: невозможность выполнения медицинской манипуляции, прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а так же обострение системных заболеваний организма. Анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания, а так же временному ощущению припухлости этой области.

Я предупрежден(на) о факторах риска и понимаю, что проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечнососудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода. Применение Анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, обмороку, коллапсу, шоку, травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимися потерей чувствительности, невритами, невралгиями и инъекционными гематомами. Кроме того существует риск самоповреждения мягких тканей, которое обычно наблюдается при прикусывании пациентом губ, щек или языка.

Я понимаю, что применение любых медицинских препаратов носит потенциальную возможность сопутствующего риска, побочных эффектов и взаимодействия лекарств. Поэтому крайне важно, чтобы я сообщил(ла) своему лечащему врачу обо всех ныне принимаемых мною медицинских препаратах, каковыми являются: _____
_____.

Мне разъяснено и я сознаю, что во время анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен(на) на то, что вид и тактика анестезиологического пособия может быть изменена врачами по их усмотрению.

Альтернативные методы: проведение лечения без анестезиологического обеспечения.

Возможные (в некоторых случаях) осложнения: основные осложнения анестезии обусловлены, в первую очередь, введением в ткани организма специального раствора и реакцией организма на него (учащение сердцебиения, повышение артериального давления, аллергический шок, обморок, коллапс). Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отёчность десны в области инъекции, тризм (ограниченное открывание рта), которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше.

Обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных и наркотических препаратов.

Современные анестетики, применяемые с использованием одноразовых игл и карпул, обычно не дают осложнений. Однако при наличии опасений рекомендуется провести предварительные пробы на совместимость.

Я отдаю себе отчёт, что возможные осложнения после получения услуги, устраняемые надлежащим образом в случае их наступления, не являются вредом здоровью.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях. Разъяснена возможность ознакомления с Положением о гарантии на стенде организации. При проведении Анестезии результат не гарантирован, но гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, с применением им качественных материалов и инструментов, с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства. Я имел(а) достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное мне лечение.

Я внимательно ознакомилась(ся) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента. Я понимаю, что данный документ влечёт для меня правовые последствия.

**Этот документ свидетельствует о том, что в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" мне была сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении, меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги, и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения. Моё решение о проведении анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства является добровольным.**

**Я принимаю решение приступить к лечению с использованием анестезии на предложенных условиях.**

Подпись пациента _____/_____
Дата: «___» _____ 20__ г.

Подпись врача _____/ _____
Дата: «___» _____ 20__ г.

***ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 5»***

**Информированное добровольное согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства**

**г. Тюмень"___" _____ 201_ г.**

Я, _____, как законный представитель _____ доверяю проведение моему ребёнку (подопечному, опекаемому) следующего вида обезболивания _____
_____, а так же даю согласие на изменение при необходимости анестезиологической тактики по решению врача, но с предварительным уведомлением меня.

Я поставил(ла) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего ребёнка (подопечного, опекаемого), в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости

лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы, цветов, обо всех перенесённых с рождения и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на моего ребёнка (подопечного, опекаемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Сообщил(ла) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я информирован(на) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а так же о том, что предстоит делать во время его проведения.

Анестезия имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции. Анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько аппликаций или инъекций (уколов) для введения анестезирующего вещества с целью обеспечения эффекта обезболивания. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма.

Последствиями отказа от данной операции могут быть: невозможность выполнения медицинской манипуляции, прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а так же обострение системных заболеваний организма. Инъекционная анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания, а так же временному ощущению припухлости этой области, временная потеря зрения.

Я предупрежден(на) о факторах риска и понимаю, что проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечнососудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода. Применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, обмороку, коллапсу, шоку, травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимися потерей чувствительности, невритами, невралгиями и инъекционными гематомами. Кроме того существует риск самоповреждения мягких тканей, которое обычно наблюдается при прикусывании пациентом губ, щек или языка, в связи с чем необходимо наблюдать за ребёнком (подопечным, опекаемым).

Я понимаю, что применение любых медицинских препаратов носит потенциальную возможность сопутствующего риска, побочных эффектов и взаимодействия лекарств. Поэтому крайне важно, чтобы я сообщил(ла) лечащему врачу обо всех ныне принимаемых моим ребёнком (подопечным, опекаемым) медицинских препаратах, каковыми являются: _____

_____

Мне разъяснено и я сознаю, что во время анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен(на) на то, что вид и тактика анестезиологического пособия может быть изменена врачами по их усмотрению.

Альтернативные методы: проведение лечения без анестезиологического обеспечения.

Возможные (в некоторых случаях) осложнения: основные осложнения анестезии обусловлены, в первую очередь, введением в ткани организма специального раствора и реакцией организма на него (учащение сердцебиения, повышение артериального давления, аллергический шок, обморок коллапс). Введение раствора при помощи иглы травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отёчность десны в области инъекции, тризм (ограниченное открывание рта), которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше.

Обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных и наркотических препаратов.

Современные анестетики, применяемые с использованием одноразовых игл и карпул, обычно не дают осложнений. Однако при наличии опасений рекомендуется провести предварительные пробы на совместимость.

Я отдаю себе отчёт, что возможные осложнения после получения услуги, устраняемые надлежащим образом в случае их наступления, не являются вредом здоровью.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях. Разъяснена возможность ознакомления с Положением о гарантии на стенде организации. При проведении анестезии результат не гарантирован, но гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, с применением им качественных материалов и инструментов, с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства. Я имел(а) достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное моему ребёнку (подопечному, опекаемому) лечение.

Я внимательно ознакомилась(ся) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента. Я понимаю, что данный документ влечёт для меня правовые последствия.

**Этот документ свидетельствует о том, что в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" мне была сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении, меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги, и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения. Моё решение о проведении анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства является добровольным.**

**Я принимаю решение приступить к лечению моего ребёнка (подопечного, опекаемого) с использованием анестезии на предложенных условиях.**

Подпись законного представителя
_____/_____
Дата: «___» _____ 20__ г.

Подпись врача _____/ _____
Дата: «___» _____ 20__ г.

***ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 5»***

**Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства (установка виниров)**

Я, _____,
соглашаюсь с тем, что лечение будет проводить врач _____.

В исключительных случаях (например, болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения:

1. Диагноз: _____.

2. Индивидуальный, рекомендованный план лечения: _____
_____.

3. Допустимость уточнения диагноза, индивидуального плана лечения, технологии лечения в процессе лечения. Мне известно, что во время медицинского вмешательства может возникнуть необходимость в изменении плана лечения, поэтому я соглашаюсь на возможное увеличение стоимости.

4. Зубные виниры представляют собой выполняемые на заказ тонкие оболочки из материала, окрашенного в цвет зуба. Эти оболочки крепятся с помощью клея на передней поверхности зубов, благодаря чему меняется их цвет, форма, размер и длина. Лечение с помощью виниров предусматривает снятие меньшего объёма массы зуба, чем при подготовке полной коронки. Однако процесс является необратимым, поскольку удаляется часть зубной эмали, чтобы выделить достаточно места для цементирования оболочки.

Реконструкция под установку виниров проводится в несколько этапов: 1) подготовка зуба (под анестезией проводится пришлифовка эмали на передней поверхности зуба, медикаментозная обработка поверхности зуба), выполнение оттиска для отправки в лабораторию, 2) примерка и цементирование винира после проверки эстетики и функционирования винира. Возможны дополнительные этапы.

Между первым и вторым этапами возможна установка временных композитных виниров на период, который необходим для изготовления керамических виниров.

Я понимаю, что реставрация зуба при помощи винира является сложной процедурой, поскольку очень сложно повторить цвет, форму, структуру поверхности и индивидуальные особенности зуба.

5. Мне понятно разъяснено и я осознаю, что подготовка зуба под установку винира заключается в удалении эмали с поверхности соответствующих зубов. Эта подготовка может раздражать ткань нерва (пульпу), что делает зуб чувствительным к нагреву, холоду или давлению. Для чувствительных зубов может потребоваться дополнительное лечение, включая эндодонтическое (лечение корневых каналов).

Я понимаю, что в результате пребывания моего рта в открытом состоянии во время лечения может появиться тугоподвижность и болезненность в челюсти, и мне, возможно, будет затруднительно её раскрывать в течение нескольких дней. Однако изредка это может быть указанием на наличие дальнейших проблем. В случае

возникновения этих явлений или других беспокоящих признаков я обязуюсь проинформировать лечащего врача, а в его отсутствие дежурного врача.

Я понимаю, что виниры, как правило, не поддаются исправлению, если они выщербелись или треснули. Может потребоваться коронка на весь зуб.

Я понимаю, что виниры могут не совпадать в точности по цвету с моими остальными зубами. Кроме того, цвет уже установленного винира изменить нельзя.

Я понимаю, что виниры могут сдвинуться и выпасть, хотя это и маловероятно. Чтобы минимизировать вероятность такого происшествия, я не должен(на) кусать свои ногти, покусывать карандаши, жевать лёд, орехи или другие твёрдые предметы и каким-либо ещё способом оказывать давление на свои зубы. Кроме того, к смещению винира может привести скрежетание или клацанье зубами.

Я понимаю, что винир садится вблизи пришеечной части десны, которая является областью, склонной к десневому раздражению, инфицированию и/или разрушению. Надлежащая чистка щёткой, следование здоровому режиму питания, регулярное проведение профессиональной гигиены являются некоторыми профилактическими мерами, которые крайне важны для борьбы с этими проблемами.

Я понимаю, что во время лечения существует риск заглатывания или попадания винира в дыхательные пути (втягивание воздухом на вдохе).

Я понимаю, что мне может быть сделана местная анестезия и/или введён иной медицинский препарат. В редких случаях у пациентов возникает реакция на обезболивающее, которая может потребовать оказания экстренной медицинской помощи, или обнаруживается, что анестезия ослабляет способность пациентов управлять глотанием. Тем самым повышается вероятность заглатывания посторонних предметов во время лечения. В зависимости от проведённой анестезии и введённых медицинских препаратов мне может потребоваться сопровождение для доставки меня домой. В редких случаях в результате инъекции может произойти временное или постоянное повреждение нерва.

Я понимаю, что применение любых медицинских препаратов носит потенциальную возможность сопутствующего риска, побочных эффектов и взаимодействия лекарств. Поэтому крайне важно, чтобы я сообщил(ла) своему лечащему врачу обо всех ныне принимаемых мною медицинских препаратах, каковыми являются: _____

_____.

6. Мне разъяснена необходимость применения обезболивания (местной инъекционной анестезии). Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать внутреннее кровотечение и гематомы, отёчность десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше. Я поняла, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области маляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

7. Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на их проведение.

Я понимаю, что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное лечение, и исключить осложнения после лечения, поэтому значительно ограничит гарантийный срок. Меня проинформировали о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются средства индивидуальной защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учёта дозовых нагрузок при проведении рентгенологического обследования.

8. Я проинформировала лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а так же обо всех имеющихся у меня заболеваниях.

9. Альтернативные методы лечения. Я понимаю, что в зависимости от причины, по которой я выбираю установку виниров, могут существовать альтернативные методы, включая установку коронки, ортодонтическое лечение. Я спросил лечащего врача о них, и был (а) проинформирован об альтернативах и связанных с ними затратах.

10. Я понимаю, что качество оказываемой мне услуги зависит так же от неукоснительного выполнения рекомендаций врача. Мне понятно, что нарушение рекомендаций врача может привести к осложнениям, а так же возникновениям других заболеваний. Я осведомлен(а) о том, что в день установки виниров, и в течение трёх суток после него необходима щадящая диета, отказ от приёма жёсткой и красящей пищи.

Понимая сущность предложенного мне лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что ожидаемый мной эстетический результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

11. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях. Мне разъяснены основные положения о гарантии, а так же возможность ознакомления с Положением о гарантии в любое время на стенде организации. Я понимаю, что гарантийный срок будет установлен в зависимости от того, какой способ и материал для лечения заболевания будет мною выбран. Мне понятно, что в связи с некоторыми обстоятельствами (такими как нарушение рекомендаций врача, обращение в другую клинику, возникновение или проявление каких-либо заболеваний т. д.) гарантийный срок может быть сокращён или гарантия перестаёт действовать. Средний гарантийный срок в клинике на виниры составляет 1 год.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объёме.

12. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.

Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы, разъяснения. Я понял(а) значение всех и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе. Я имел(а) достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное мне лечение.

Я разрешаю использовать информацию о моём заболевании, фотографии моих зубов и полости рта без указания имени и фамилии в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента. Я понимаю, что данный документ влечёт для меня правовые последствия.

**Этот документ свидетельствует о том, что в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" мне была сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении, меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги, и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения. Моё решение об установке виниров является добровольным.**

Подпись пациента _____/ _____
Дата: «___» _____ 20__ г.

Подпись врача _____/ _____
Дата: «___» _____ 20__ г.

***ГАУЗ «Городская поликлиника № 5»***

**Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства (виниры)**

Я, _____, как законный представитель _____ доверяю лечение моего ребёнка (подопечного, опекаемого) врачу

_____

_____

В исключительных случаях (например, болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения:

1. Диагноз:

_____.

2. Индивидуальный, рекомендованный план лечения: _____

_____.

3. Допустимость уточнения диагноза, индивидуального плана лечения, технологии лечения в процессе лечения. Мне известно, что во время медицинского вмешательства может возникнуть необходимость в изменении плана лечения, поэтому я соглашаюсь на возможное увеличение стоимости.

4. Зубные виниры представляют собой выполняемые на заказ тонкие оболочки из материала, окрашенного в цвет зуба. Эти оболочки крепятся с помощью клея на передней поверхности зубов, благодаря чему меняется их цвет, форма, размер и длина. Лечение с помощью виниров предусматривает снятие меньшего объёма массы зуба, чем при подготовке полной коронки. Однако процесс является необратимым, поскольку удаляется часть зубной эмали, чтобы выделить достаточно места для цементирования оболочки.

Реконструкция под установку виниров проводится в несколько этапов: 1) подготовка зуба (под анестезией проводится пришлифовка эмали на передней поверхности зуба, медикаментозная обработка поверхности зуба), выполнение оттиска для отправки в лабораторию, 2) примерка и цементирование винира после проверки эстетики и функционирования винира. Возможны дополнительные этапы.

Между первым и вторым этапами возможна установка временных композитных виниров на период, который необходим для изготовления керамических виниров.

Я понимаю, что реставрация зуба при помощи винира является сложной процедурой, поскольку очень сложно повторить цвет, форму, структуру поверхности и индивидуальные особенности зуба.

5. Мне понятно разъяснено и я осознаю, что подготовка зуба под установку винира заключается в удалении эмали с поверхности соответствующих зубов. Эта подготовка может раздражать ткань нерва (пульпу), что делает зуб чувствительным к нагреву, холоду или давлению. Для чувствительных зубов может потребоваться дополнительное лечение, включая эндодонтическое (лечение корневых каналов).

Я понимаю, что в результате пребывания рта моего ребёнка (подопечного, опекаемого) в открытом состоянии во время лечения может появиться тугоподвижность и болезненность в челюсти, и ребёнку (подопечному, опекаемому), возможно, будет затруднительно её раскрывать в течение нескольких дней. Однако изредка это может быть указанием на наличие дальнейших проблем. В случае возникновения этих явлений или других беспокоящих признаков я обязуюсь проинформировать лечащего врача, а в его отсутствие дежурного врача.

Я понимаю, что виниры, как правило не поддаются исправлению, если они выщербелись или треснули. Может потребоваться коронка на весь зуб.

Я понимаю, что виниры могут не совпадать в точности по цвету с моими остальными зубами. Кроме того, цвет уже установленного винира изменить нельзя.

Я понимаю, что виниры могут сдвинуться и выпасть, хотя это и маловероятно. Чтобы минимизировать вероятность такого происшествия, ребёнок (подопечный, опекаемый) не должен кусать свои ногти, покусывать карандаши, жевать лёд, орехи или другие твёрдые предметы и каким-либо ещё способом оказывать давление на свои зубы. Кроме того, к смещению винира может привести скрежетание или клацатье зубами.

Я понимаю, что винир садится вблизи пришеечной части десны, которая является областью, склонной к десневому раздражению, инфицированию и/или разрушению. Надлежащая чистка щёткой, следование здоровому режиму питания, регулярное проведение профессиональной гигиены являются некоторыми профилактическими мерами, которые крайне важны для борьбы с этими проблемами.

Я понимаю, что во время лечения существует риск заглатывания или попадания винира в дыхательные пути (втягивание воздухом на вдохе).

Я понимаю, что моему ребёнку (подопечному, опекаемому) может быть сделана местная анестезия и/или введён иной медицинский препарат. В редких случаях у пациентов возникает реакция на обезболивающее, которая может потребовать оказания экстренной медицинской помощи, или обнаруживается, что анестезия ослабляет способность пациентов управлять глотанием. Тем самым повышается вероятность заглатывания посторонних предметов во время лечения. В зависимости от проведённой анестезии и введённых медицинских препаратов ребёнку (подопечному, опекаемому) может потребоваться сопровождение для доставки домой. В редких случаях в результате инъекции может произойти временное или постоянное повреждение нерва.

Я понимаю, что применение любых медицинских препаратов носит потенциальную возможность сопутствующего риска, побочных эффектов и взаимодействия лекарств. Поэтому крайне важно, чтобы я сообщил(ла) лечащему врачу обо всех ныне принимаемых моим ребёнком (подопечным, опекаемым)

медицинских препаратах, каковыми являются:

_____

_____

6. Мне разъяснена необходимость обезболивания (местной инъекционной анестезии) Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести в редких случаях к аллергическим реакциям на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать внутреннее кровотечение и гематомы, отёчность десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области маляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

7. Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на их проведение.

Я понимаю, что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное лечение и исключить осложнения после лечения, поэтому значительно ограничит гарантийный срок. Меня проинформировали о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования.

Мне разъяснено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются средства индивидуальной защиты. Доза облучения моего ребёнка (подопечного, опекаемого) во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учёта дозовых нагрузок при проведении рентгенологического обследования.

8. Я проинформировала врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и в настоящее время, а так же обо всех имеющихся у моего ребёнка (подопечного, опекаемого) заболеваниях.

9. Альтернативные методы лечения. Я понимаю, что в зависимости от причины, по которой я выбираю установку виниров моему ребёнку (подопечному, опекаемому), могут существовать альтернативные методы, включая установку коронки, ортодонтическое лечение. Я спросил(а) лечащего врача о них, и был(а) проинформирован(а) об альтернативах и связанных с ними затратах.

10. Я понимаю, что качество оказываемой моему ребёнку (подопечному, опекаемому) услуги зависит так же от неукоснительного выполнения рекомендаций врача. Мне понятно, что нарушение рекомендаций врача может привести к осложнениям, а так же возникновениям других заболеваний. Я осведомлен(а) о том, что в день установки виниров, и в течение трёх суток после него необходима щадящая диета, отказ от приёма жёсткой и красящей пищи. Я обязуюсь следить за тем, чтобы мой ребёнок (подопечный, опекаемый) выполнял все мероприятия и рекомендации врача.

Понимая сущность предложенного моему ребёнку (подопечному, опекаемому) лечения и уникальность его организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что ожидаемый эстетический результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

11. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях. Мне разъяснены основные положения о гарантии, а так же возможность ознакомления с Положением о гарантии в любое время на стенде организации. Я понимаю, что гарантийный срок будет установлен в зависимости от того, какой способ и материал для лечения будет выбран. Мне понятно, что в связи с некоторыми обстоятельствами (такими как нарушение рекомендаций врача, обращение в другую клинику, возникновение или проявление каких-либо заболеваний т. д.) гарантийный срок может быть сокращён или гарантия перестаёт действовать. Средний гарантийный срок в клинике на виниры составляет 1 год.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объёме.

12. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение моим ребёнком (подопечным, опекаемым) плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.

Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения. Я понял(а) значение всех медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе. Я имел(а) достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное лечение.

Я разрешаю использовать информацию о заболевании моего ребёнка (подопечного, опекаемого), фотографии его зубов и полости рта без указания имени и фамилии в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента. Я понимаю, что данный документ влечёт для меня правовые последствия.

**Этот документ свидетельствует о том, что в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" мне была сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении, меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги, и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения. Моё решение об установке виниров моему ребёнку (подопечному, опекаемому) является добровольным.**

Подпись законного представителя
_____/_____
Дата: «___» _____ 20__ г.

Подпись врача _____/ _____
Дата: «___» _____ 20__ г.

***ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 5 »***

**Информированное добровольное согласие (инъекции, капельницы)**

**г. Тюмень "___" _____ 201_ г.**

Я, _____
_____, по добровольному желанию, прошу провести следующие процедуры:

- внутримышечные инъекции;
- внутривенное введение лекарственных препаратов;
- внутривенные капельные вливания лекарственных препаратов.

Мне понятна суть и характер указанной процедуры.

Я поставил(ла) в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы, цветов, обо всех перенесённых с рождения и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах, вредных привычках.

Указанные процедуры проводятся путём вкола (прокола иглой кожных покровов), что вызывает болевые ощущения, дискомфорт. После проведения процедуры возможно появление припухлости и гематомы на месте вкола, которые проходят самостоятельно и не требуют оказания медицинской помощи.

Я понимаю, что во время и после проведения процедуры могут иметь место аллергические реакции и иные неблагоприятные последствия, которые могут потребовать отдельных вмешательств. Я уполномочиваю врача и привлекаемых им специалистов провести все процедуры, целесообразные с их профессиональной точки зрения.

Я понимаю, что при проведении запланированных лечебных процедур существуют риски и опасности для моего здоровья.

Я проинформирован(а) и понимаю, что при проведении лечебных процедур не исключена возможность аллергических реакций и иных неблагоприятных последствий, побочных явлений неизвестных ранее и не перечисленных выше.

Мне разъяснено, что перечисленные, а так же не упомянутые здесь возможные неблагоприятные последствия могут повлечь необходимость проведения дополнительных лечебных и диагностических процедур, что может потребовать от меня дополнительных денежных и временных затрат, возможного освобождения от работы.

Я обязуюсь выполнять все рекомендации врача.

Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях проведения процедур и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения. Я имел(а) достаточно времени на принятие решения.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента. Я понимаю, что данный документ влечёт для меня правовые последствия.

**Этот документ свидетельствует о том, что в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" мне была сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении, меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги, и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения. Моё решение о проведении процедур в данном медицинском учреждении является добровольным.**

**Я принимаю решение приступить к процедурам на предложенных условиях.**

Подпись пациента _____/_____
Дата: «___» _____ 20__ г.

Подпись врача _____/ _____
Дата: «___» _____ 20__ г.

ГАУЗ ТО ***«Городская поликлиника № 5»***

**Информированное добровольное согласие (инъекции, внутривенные капельные вливания)**

**г. Тюмень "___" _____ 201_ г.**

Я, _____, как законный представитель _____ _____ по добровольному желанию, прошу провести моему ребёнку (подопечному, опекаемому) следующие процедуры:

- внутримышечные инъекции;
- внутривенное введение лекарственных препаратов;
- внутривенные капельные вливания лекарственных препаратов.

Мне понятна суть и характер указанной процедуры.

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего ребёнка (подопечного, опекаемого), в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы, цветов, обо всех перенесённых с рождения и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на моего ребёнка (подопечного, опекаемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах, вредных привычках.

Указанные процедуры проводятся путём вкола (прокола иглой кожных покровов), что вызывает болевые ощущения, дискомфорт. После проведения процедуры возможно появление припухлости и гематомы на месте вкола, которые проходят самостоятельно и не требуют оказания медицинской помощи.

Я понимаю, что во время и после проведения процедуры могут иметь место аллергические реакции и иные неблагоприятные последствия, которые могут потребовать отдельных вмешательств. Я уполномочиваю врача и привлекаемых им специалистов провести все процедуры, целесообразные с их профессиональной точки зрения.

Я понимаю, что при проведении запланированных лечебных процедур существуют риски и опасности для здоровья моего ребёнка (подопечного, опекаемого).

Я проинформирован(а) и понимаю, что при проведении лечебных процедур не исключена возможность аллергических реакций и иных неблагоприятных последствий, побочных явлений неизвестных ранее и не перечисленных выше.

Мне разъяснено, что перечисленные, а так же не упомянутые здесь возможные неблагоприятные последствия могут повлечь необходимость проведения дополнительных лечебных и диагностических процедур, что может потребовать от меня дополнительных денежных и временных затрат.

Я обязуюсь следить за выполнением моим ребёнком (подопечным, опекаемым) всех рекомендаций врача.

Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях проведения процедур и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения. Я имел(а) достаточно времени на принятие решения.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента. Я понимаю, что данный документ влечёт для меня правовые последствия.

**Этот документ свидетельствует о том, что в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" мне была сообщена вся**

**необходимая информация о предстоящем лечении, меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги, и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения. Моё решение о проведении процедур моему ребёнку (подопечному, опекаемому) в данном медицинском учреждении является добровольным.**

**Я принимаю решение приступить к процедурам на предложенных условиях.**

Подпись пациента _____/_____
Дата: «___» _____ 20__ г.

Подпись врача _____/ _____
Дата: «___» _____ 20__ г.

***ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 5»***

**Информированное добровольное согласие на лечение кариеса и некариозных заболеваний твёрдых тканей зуба, реставрацию**

**г. Тюмень "___" _____ 201_ г.**

Я, _____, как законный представитель _____ доверяю проведение лечения моему ребёнку (подопечному, опекаемому) врачу стоматологу _____ _____.

В исключительных случаях (например, болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения:

1. Диагноз: _____.

2. Индивидуальный, рекомендованный план лечения: _____ _____.

3. Допустимость уточнения диагноза, индивидуального плана лечения, технологии лечения в процессе лечения. Мне известно, что во время медицинского вмешательства может возникнуть необходимость в изменении плана лечения (коррекции намеченного плана лечения), В частности (ненужное вычеркнуть, нужное добавить):

- кариозное поражение, которое кажется небольшим, может при обработке зуба оказаться значительной полостью, а, следовательно, потребуется реставрация значительной части зуба или постановка коронки (по ситуации);
- при обширном кариозном поражении возможно возникновение необходимости лечения корневых каналов.

В связи с указанными обстоятельствами я соглашаюсь на возможное увеличение стоимости.

4. Возможные альтернативные варианты, а именно: удаление поражённого зуба (поражённых зубов), непроведение лечения, покрытие зуба коронкой либо изготовление ортопедической вкладки, винира.

5. Возможные негативные последствия отказа от рекомендованного плана лечения или частичного его выполнения, а именно (ненужное вычеркнуть): прогрессирование кариеса, развитие его осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, потеря зуба (зубов), нарушение общего состояния организма.

6. Возможные (в некоторых случаях) осложнения на этапах и после лечения, а именно:

- под влиянием анестезии: отёк мягких тканей, гематома в месте вкола, аллергические реакции;

- последствия приёма аналгетиков и антибиотиков (в случаях их назначения): аллергические реакции; нарушение состава кишечной микрофлоры; изменения витаминного, иммунологического балансов; обострение хронических заболеваний ЖКТ;

- возможные осложнения после постановки пломбы (спустя неделю и более):

- воспаление пульпы в следствие проникновения бактерий кариозного поражения, если слой дентина тонкий (глубокий кариес) или повреждается в процессе обработки зуба; в этом случае потребуется снять поставленную пломбу, пролечить каналы, поставить новую пломбу;

- возникновение постоперативной чувствительности или боли при накусывании, вследствие чего может возникнуть необходимость замены пломбы;

- обострение герпетической инфекции;

- возникновение афтозного стоматита.

Я понимаю, что полное выздоровление зависит так же от неукоснительного выполнения рекомендаций врача. Мне понятно, что нарушение рекомендаций врача может привести к серьёзным осложнениям, а так же возникновениям других заболеваний. Я обязуюсь следить за исполнением моим ребёнком (подопечным, опекаемым) всех рекомендаций врача.

Я отдаю себе отчёт, что возможные осложнения после получения услуги, устраняемые надлежащим образом в случае их наступления, не являются вредом здоровью.

7. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях. Я понимаю, что гарантийный срок будет установлен в зависимости от того, какой способ и материал для лечения заболевания будет выбран. Разъяснена возможность ознакомления с Положением о гарантии на стенде организации. Мне понятно, что в связи с некоторыми обстоятельствами (такими как нарушение рекомендаций врача, обращение в другую клинику, возникновение или проявление каких-либо заболеваний и т. д.) гарантийный срок может быть сокращён или гарантия перестаёт действовать.

8. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение моим ребёнком (подопечным, опекаемым) плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом. Я обязуюсь следить за исполнением моим ребёнком (подопечным, опекаемым) всех мероприятий, рекомендованных врачом.

9. Я не возражаю о проведении рентгенологического и других необходимых методах исследования. Я проинформирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования челюстей (когда такое обследование необходимо) врач не сможет провести качественное гарантированное лечение. Я проинформирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования. Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются средства индивидуальной защиты.

Я знаю, что в случае несоблюдения гигиены полости рта и в случаях неявки на профилактические осмотры возможно ухудшение состояния реставрации и понимаю, что при этом не имею права требовать возврата денежных средств, оплаченных мною за услугу по лечению.

Я так же понимаю, что нет 100% гарантии совпадения ожидаемого мною результата реставрации с действительным результатом.

Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения. Я понял(а) значение всех медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе. Я имел(а) достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное лечение.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента. Я понимаю, что данный документ влечёт для меня правовые последствия.

**Этот документ свидетельствует о том, что в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" мне была сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении, меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги, и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.**

**Моё решение о проведении лечения кариеса и некариозных заболеваний твёрдых тканей зуба, реставрации моему ребёнку (подопечному, опекаемому) является добровольным.**

**Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.**

Подпись законного представителя
_____/_____
Дата: «___» _____ 20__ г.

Подпись врача _____/ _____
Дата: «___» _____ 20__ г.

***ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 5»***

**Информированное добровольное согласие пациента на лечение кариеса и некариозных заболеваний твёрдых тканей зуба, реставрацию**

Я, _____, соглашаюсь с тем, что моё лечение будет проводить врач стоматолог _____.

В исключительных случаях (например, болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения:

Диагноз _____
_____

Индивидуальный, рекомендованный план лечения: _____
_____.

Я понимаю, что в процессе лечения намеченный план и технологии лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, могут быть скорректированы. В частности:

- кариозное поражение, которое кажется небольшим, может при обработке зуба оказаться значительной полостью, а, следовательно, потребуется реставрация значительной части зуба или постановка коронки (по ситуации);
- при обширном кариозном поражении возможно возникновение необходимости лечения корневых каналов.

В связи с указанными обстоятельствами я соглашаюсь на возможное увеличение стоимости.

Возможные альтернативные варианты: удаление поражённого зуба (поражённых зубов), непроведение лечения, покрытие зуба коронкой либо изготовление ортопедической вкладки, винира.

Возможные негативные последствия отказа от рекомендованного плана лечения или частичного его выполнения: прогрессирование кариеса, развитие его осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, потеря зуба (зубов), нарушение общего состояния организма.

Возможные (в некоторых случаях) осложнения на этапах и после лечения, а именно (ненужное вычеркнуть, нужное дописать):

- под влиянием анестезии: отёк мягких тканей, гематома в месте вкола, аллергические реакции;

- последствия приёма аналгетиков и антибиотиков (в случаях их назначения): аллергические реакции; нарушение состава кишечной микрофлоры; изменения витаминного, иммунологического балансов; обострение хронических заболеваний ЖКТ;

- возможные осложнения после постановки пломбы (спустя неделю и более):

- воспаление пульпы вследствие проникновения бактерий кариозного поражения, если слой дентина тонкий (глубокий кариес) или повреждается в процессе обработки зуба; в этом случае потребуется снять поставленную пломбу, пролечить каналы, поставить новую пломбу;

- возникновение постоперативной чувствительности или боли при накусывании, вследствие чего может возникнуть необходимость замены пломбы;

- обострение герпетической инфекции;

- возникновение афтозного стоматита.

Я понимаю, что полное выздоровление зависит так же от неукоснительного выполнения рекомендаций врача. Мне понятно, что нарушение рекомендаций врача может привести к серьёзным осложнениям, а так же возникновениям других заболеваний. Я знаю, что в случае несоблюдения гигиены полости рта и в случаях неявки на профилактические осмотры возможно ухудшение состояния реставрации и понимаю, что при этом не имею права требовать возврата денежных средств, оплаченных мною за услугу по лечению.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях. Я понимаю, что гарантийный срок будет установлен в зависимости от того, какой способ и материал для лечения заболевания будет мною выбран. Разъяснена возможность ознакомления с Положением о гарантии на стенде организации. Мне понятно, что в связи с некоторыми обстоятельствами (такими как нарушение рекомендаций врача, обращение в другую клинику, возникновение или проявление каких-либо заболеваний и т. д.) гарантийный срок может быть сокращён или гарантия перестаёт действовать.

Я так же понимаю, что нет 100% гарантии совпадения ожидаемого мною результата реставрации с действительным результатом.

Я не возражаю о проведении рентгенологического и других необходимых методах исследования. Я проинформирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования челюстей (когда такое обследование необходимо) врач не сможет провести качественное гарантированное лечение. Я проинформирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования. Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются средства индивидуальной защиты.

Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения. Я понял(а) значение всех медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе. Я имел(а) достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное лечение.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента. Я понимаю, что данный документ влечёт для меня правовые последствия.

**Этот документ свидетельствует о том, что в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" мне была сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении, меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги, и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения. Моё решение о проведении лечения кариеса и некариозных заболеваний твёрдых тканей зуба, реставрации является добровольным.**

Подпись законного представителя
_____/_____
Дата: «___» _____ 20__ г.

Подпись врача _____/ _____
Дата: «___» _____ 20__ г.

*ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 5»*

**Информированное добровольное согласие на медицинское обследование**

**г. Тюмень "___" _____ 201_ г.**

Я, _____, как законный представитель _____, по добровольному желанию, прошу провести осмотр, и, при необходимости, диагностические исследования и мероприятия, связанные с выявлением заболевания моего ребёнка (подопечного, опекаемого) и лечение выявленных стоматологических заболеваний.

Я доверяю врачу _____ провести лечебно-диагностические процедуры. Мне разъяснено, я понимаю и согласен(на) с тем, что, при необходимости, лечебно-диагностические процедуры могут проводиться врачами другого профиля, а так же может возникнуть необходимость выполнения других вмешательств, направленных на более эффективное и качественное лечение.

Лечащим врачом мне лично были разъяснены цель, характер, ход и объём планируемого обследования, а так же способы его проведения.

Я, как законный представитель, информирован(а) о характере предстоящих исследований (манипуляций), связанных с ним риском и возможном развитии неприятных ощущений, осложнений и последствий: болевых ощущениях, повышенной кровоточивости, воспалительных явлениях, обострениях сопутствующих заболеваний, аллергических реакциях, колебаниях артериального давления, механическом повреждении органа, возможной нетрудоспособности (ненужное вычеркнуть).

Я ознакомлен(а) с планом предполагаемого медикаментозного лечения и действием лекарственных препаратов, с возможными изменениями медикаментозной терапии в случае непереносимости тех или иных лекарственных препаратов, изменением состояния здоровья, требующего изменения тактики лечения, а так же применением лекарственных препаратов и других методов лечения, которые могут быть назначены другими врачом по согласованию с моим лечащим врачом.

Со мной обсуждены последствия отказа от обследования и лечения. Я получил(а) исчерпывающие и понятные мне ответы на вопросы и имел(а) достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное моему ребёнку (подопечному, опекаемому) обследование и лечение.

Подбор и осуществление медикаментозного и других видов лечения доверяю своему лечащему врачу.

Я информирован(а) о необходимости проведения рентгенологического обследования.

Я обязуюсь выполнять все рекомендации, данные мне врачом.

Я подтверждаю, что в Анкете здоровья назвал(а) все известные имеющиеся и известные мне болезни, недуги и состояния моего ребёнка (подопечного, опекаемого).

Я подтверждаю, что добросовестно ответила на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии здоровья моего ребёнка (подопечного, опекаемого).

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

**Этот документ свидетельствует о том, что в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" мне была сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении, меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги, и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения. Моё решение о проведении обследования и лечения ребёнка (подопечного, опекаемого) является добровольным.**

**Я принимаю решение приступить к обследованию и лечению на предложенных условиях.**

Подпись законного представителя _____/_____

Дата: «___» _____ 20__ г.

Подпись врача _____/ _____

Дата: «___» _____ 20__ г.

*ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 5»*

**Информированное добровольное согласие пациента на медицинское обследование полости рта**

Я, _____, по добровольному желанию, прошу провести осмотр, и, при необходимости, диагностические исследования и мероприятия, связанные с выявлением заболеваний полости рта и лечение выявленных стоматологических заболеваний.

Я доверяю врачу _____ провести диагностические процедуры полости рта (осмотр, пальпация, перкуссия и другие необходимые вмешательства). Мне разъяснено, я понимаю и согласен (на) с тем, что, при необходимости, лечебно-диагностические процедуры могут проводиться врачами другого профиля, а так же может возникнуть необходимость выполнения других вмешательств, направленных на более эффективное и качественное лечение.

Лечащим врачом мне лично были разъяснены цель, характер, ход и объём планируемого обследования, а так же способы его проведения.

Я информирован(а) о характере предстоящих исследований (манипуляций), связанных с ним риском и возможном развитии неприятных ощущений, осложнений и последствий: болевых ощущениях, повышенной кровоточивости, воспалительных явлениях, обострениях сопутствующих заболеваний, аллергических реакциях, колебаниях артериального давления, механическом повреждении органа, возможной нетрудоспособности (ненужное вычеркнуть).

Со мной обсуждены последствия отказа от обследования и лечения. Я получил(а) исчерпывающие и понятные мне ответы на вопросы и имел(а) достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное мне обследование.

Подбор и осуществление медикаментозного и других видов лечения доверяю своему лечащему врачу.

Я информирован(а) о необходимости проведения рентгенологического обследования. Я проинформирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования челюстей врач не сможет провести качественное обследование полости рта. Я проинформирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования. Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются средства индивидуальной защиты.

Я обязуюсь выполнять все рекомендации, данные мне врачом.

Я подтверждаю, что в Анкете здоровья назвал(а) все известные имеющиеся у меня болезни, недуги и состояния.

Я подтверждаю, что добросовестно ответила на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

**Этот документ свидетельствует о том, что в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" мне была сообщена вся необходимая информация о предстоящем медицинском обследовании, меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги, и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения. Моё решение о проведении обследования является добровольным.**

| | |
|---|---|
| Подпись пациента | Подпись врача |
| _____ /_____/ | _____ /_____/ |
| «____» _____ 20___ г. | «____» _____ 20___ г. |

*ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 5»*

**Информированное добровольное согласие пациента на проведение ОРТОПЕДИЧЕСКОГО лечения на установленных имплантатах**

Я, _____,
обращаюсь в ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 5» для проведения ортопедического лечения на установленных имплантатах.

Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился(ась) с предлагаемым лечением и мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

Врач поставил мне диагноз и обосновал необходимость проведения ортопедического лечения. Я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами протезирования, которые, в моем случае, будут иметь меньший клинический успех.

Последствиями отказа от протезирования вообще могут быть: прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата зубов остаточного прикуса, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатопогия.

Врач понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, строгого соблюдения сроков, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки протеза.

Я понимаю, что протезирование является своего рода вмешательством в биологический организм и как любая медицинская операция не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов протезирования, так как полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного органа, поэтому через какое-то время, которое зависит от скорости протекания инволютивных процессов и которые, у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции, либо переделки протеза.

Я понимаю необходимость регулярных осмотров у врача и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, обговоренному с врачом и записанному в амбулаторной медицинской карте).

Я не возражаю о проведении рентгенологического и других необходимых методах исследования. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков (аллергические реакции; нарушение состава кишечной микрофлоры; изменения витаминного, иммунологического балансов; обострение хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта).

Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мною результата и действительным результатом, т. к. представления пациентов о протезировании, как правило, не совпадают с реальной действительностью.

Я полагаю, что в моих интересах начать предложенное мне протезирование. Мне были объяснены все возможные исходы протезирования, а также альтернативные варианты. Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы.

Я знаю, что в случае протезирования финансовые затраты, понесенные мною за изготовление зубных протезов, не возвращаются. Последующее протезирование оплачивается мной полностью заново.

Я понимаю, что во время и после протезирования, мое состояние может измениться, тогда, по усмотрению врача, для достижения благоприятного результата может быть назначена дополнительная или альтернативная терапия. Я разрешаю любые изменения в плане лечения, если они будут сделаны для моего собственного блага.

Я внимательно ознакомился с данным Информированным согласием и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

**Этот документ свидетельствует о том, что в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" мне была сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении, меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги, и что я согласен(на) с названными мне условиями его проведения. Моё решение о проведении ортопедического лечения является добровольным.**

Подпись пациента / законного представителя
_____ ( _____ )
«_____» _____ 20__ год

Подпись врача
_____ (_____ )
«_____» _____ 20__ год

*ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 5»*

**Информированное добровольное согласие пациента на проведение ОРТОПЕДИЧЕСКОГО лечения**

Я, _____, обращаюсь в ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 5» для проведения ортопедического лечения.

Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился(ась) с предлагаемым лечением и мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания, я осведомлен(а) обо всех возможных осложнениях, которые могут произойти в процессе изготовления протезов и во время их эксплуатации (переломы протезов, трещины, отколы облицовочного материала, изменение цвета, стирание зубов антагонистов, обострение хронических процессов в опорных зубах и тканях пародонта).

Мне предложен врачом план ортопедического лечения (протезирования зубов). Мне даны полные разъяснения о том, что целями выполнения плана ортопедического лечения являются:

- восстановление жевательной функции отдельных зубов и полное (или достаточное) восстановление жевательной эффективности зубочелюстной системы;
- нормализация смыкания зубов, профилактика дальнейшего разрушения зубного ряда;
- восстановление функции речи и глотания;
- лечение и профилактика функциональной перегрузки височно-нижнечелюстных суставов;
- восстановление внешнего вида лица, устранение эстетических недостатков зубочелюстной системы.

Мне разъяснены возможные негативные последствия отказа от рекомендованного плана лечения или частичного его выполнения: перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведённого эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата зубов остаточного прикуса, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а так же общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

Врач разъяснил мне метод и способ выполнения предложенного лечения, альтернативные методы лечения и последствия, которые могут наступить при невыполнении всего объема лечения, и другие возможные осложнения, которые могут возникнуть в ходе и после лечения: деформация зубных рядов и дистопия отдельных зубов; изменение внешнего вида лица и улыбки; затрудненное пережевывание пищи; изменение фонетики; боль при пользовании протезами; изменение вкусовых и температурных ощущений; травмы слизистой полости рта и травмы пародонта; заболевания (или обострения заболеваний) зубов и пародонта; воспалительные заболевания из-за плохой гигиены полости рта; неудовлетворительная фиксация протезов; аллергические реакции на материалы, применяемые при протезировании; повышенная чувствительность зубов после их пришлифовки; деформация протеза; перелом протеза, трещины или скол облицовочного материала; переломы зубов. Эти и другие осложнения могут носить временный или постоянный характер и устраняются врачом, но иногда требуют дополнительного лечения или вмешательства, вплоть до удаления зуба (зубов) и изготовления нового (даже другой конструкции) протеза.

Я знаю, в качестве опоры для зубных протезов могут быть использованы только здоровые и качественно пролеченные зубы и ткани пародонта.

Я информирован(а) о методе ортопедического лечения, предложенного мне врачом. Мне известны другие возможные способы протезирования, а также все их преимущества и недостатки перед выбранным методом ортопедического лечения.

Я согласен(а) с выбранной врачом конструкцией протеза.

Я не возражаю о проведении рентгенологического и других необходимых методах исследования.

Я осведомлен(а) о том, что в течение процесса лечения может возникнуть необходимость дополнительных методов исследования, результаты которых могут изменить ранее составленный план протезирования.

Я осведомлен(а), что в случае изменения моих личных планов при незаконченной работе, мной возмещается клинике стоимость всех осуществленных к этому моменту этапов протезирования.

Я осведомлен(а) о том, что в случае изменения плана протезирования по моему желанию после окончания и сдачи работы, протезирование по новому плану в данной клинике оплачивается согласно составлению нового соглашения и после полной оплаты мной стоимости предыдущего ортопедического лечения.

Я осведомлен(а), что в случае моего настаивания на конструкции или особенностях протеза, которые по медицинским показаниям недопустимы, клиника оставляет за собой право расторжения соглашения без возмещения моих финансовых и моральных затрат за проведенное к этому моменту лечение.

Мне полностью понятен метод протезирования. Дополнительные мои вопросы особо оговорены и ответы на них меня полностью удовлетворяют.

Врач понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, строгого соблюдения сроков, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки протеза.

Я подтверждаю, что назвал(а) все имеющиеся у меня заболевания и проблемы, которые могут заинтересовать врача и повлиять на течение и результаты ортопедического лечения. Особо отмечаю отсутствие (наличие) у меня бруксизма, болезней крови и сахарного диабета (нужное подчеркнуть).

Я согласен(а) по требованию врача предоставить все анализы, касающиеся общего состояния моего здоровья.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме лекарственных средств.

Я проинформировал(а) доктора о всех случаях аллергии в прошлом и в настоящее время и предупрежден(а) о возможности возникновения аллергии на стоматологические материалы, применяемые при изготовлении зубных протезов.

Я понимаю, что протезирование является своего рода вмешательством в биологический организм и как любая медицинская операция не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технических этапов протезирования, что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мной результата с действительным результатом и понимаю, что никто не может гарантировать безупречное состояние опорных зубов под протезом.

Врач объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, соблюдать сроки и последовательность их проведения. Я информирован(а) о способах и методах гигиены после ортопедического лечения, а также о возможных осложнениях при их несоблюдении.

Я подтверждаю свое согласие на своевременную явку на профилактические осмотры каждые 6 месяцев.

Я осведомлен(а) о том, что все дальнейшее наблюдение, а при необходимости и лечение будет проводиться только в клинике, в которой было проведено протезирование. В случае моего обращения за консультацией и лечением в другую клинику, а также при несоблюдении требований по уходу за зубными протезами, а также требований по их эксплуатации, лечебное учреждение не несет финансовой и моральной ответственности за возможные осложнения.

Последствиями отказа от протезирования вообще могут быть: перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций. дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата зубов остаточного прикуса, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

Я получил(а) подробную информацию и ознакомлен(а) со всеми требованиями, которые обязываюсь соблюдать.

Я доверяю врачу-стоматологу-ортопеду и согласен(а) провести ортопедическое лечение.

Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты. Я получил(а) исчерпывающую информацию по предлагаемому лечению и согласен(на) с ним.

**Этот документ свидетельствует о том, что в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" мне была сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении, меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги, и что я согласен(на) с названными мне условиями его проведения. Моё решение о проведении ортопедического лечения является добровольным.**

Подпись пациента / законного представителя Подпись врача

_____ ( _____ ) _____ (_____ )

«_____» 20 год «_____»

***ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 5»***

**Информированное добровольное согласие на проведение ортопедического лечения**

**г. Тюмень"___" _____ 201_ г.**

Я, _____, как законный представитель _____ доверяю

лечение моего ребёнка (подопечного, опекаемого) врачу стоматологу ортопеду

_____

_____

В исключительных случаях (например, болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения:

1. Диагноз: _____.

2. Индивидуальный, рекомендованный план лечения: _____

_____.

3. Допустимость уточнения диагноза, индивидуального плана лечения, технологии лечения в процессе лечения. Мне известно, что во время медицинского вмешательства может возникнуть необходимость в изменении плана лечения, поэтому я соглашаюсь на возможное увеличение стоимости.

4. Мне разъяснены возможные негативные последствия отказа от рекомендованного плана лечения или частичного его выполнения: перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведённого эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата зубов остаточного прикуса, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а так же общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

5. Врач разъяснил мне метод и способ выполнения предложенного лечения, альтернативные методы лечения и последствия, которые могут наступить при невыполнении всего объема лечения, и другие возможные осложнения, которые могут возникнуть в ходе и после лечения: деформация зубных рядов и дистопия отдельных зубов; изменение внешнего вида лица и улыбки; затрудненное пережевывание пищи; изменение фонетики; боль при пользовании протезами; изменение вкусовых и температурных ощущений; травмы слизистой полости рта и травмы пародонта; заболевания (или обострения заболеваний) зубов и пародонта; воспалительные заболевания из-за плохой гигиены полости рта; неудовлетворительная фиксация протезов; аллергические реакции на материалы, применяемые при протезировании; повышенная чувствительность зубов после их пришлифовки; деформация протеза; перелом протеза, трещины или скол облицовочного материала; переломы зубов. Эти и другие осложнения могут носить временный или постоянный характер и устраняются врачом, но иногда требуют дополнительного лечения или вмешательства, вплоть до удаления зуба (зубов) и изготовления нового (даже другой конструкции) протеза.

Я знаю, в качестве опоры для зубных протезов могут быть использованы только здоровые и качественно пролеченные зубы и ткани пародонта.

При наличии в полости рта разнородных металлов могут возникнуть гальванические токи, следствием возникновения которых является чувство жжения, болезненность, покраснение и отёчность слизистой оболочки рта.

При наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов и других психомиофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затруднённой адаптации к протезам, чувства тошноты, нарушений функций речи, жевания, глотания, поломок протезов.

Я проинформирован(а) о том, что при постановке временной конструкции возможна её поломка и расцементировка.

Меня предупредили, что в отдельных случаях может возникнуть необходимость изготовления нового протеза.

Я понимаю, что ортопедическое лечение имеет своей целью долговременное замещение дефектов зубного ряда, улучшение функции жевания и (или) эстетическую реабилитацию.

Я понимаю, что достижение желаемого результата, зависит, в том числе, от индивидуальных анатомических, физиологических, иммунологических особенностей организма моего ребёнка (подопечного, опекаемого), от которых так же могут зависеть возможные общие и местные осложнения.

Я понимаю, что полное выздоровление зависит так же от неукоснительного выполнения рекомендаций врача. Мне понятно, что нарушение рекомендаций врача может привести к серьёзным осложнениям, а так же возникновениям других заболеваний. Я обязуюсь строго следить за соблюдением всех рекомендаций врача моим ребёнком (подопечным, опекаемым).

Я понимаю необходимость регулярных контрольных осмотров и поэтому обязуюсь приводить ребёнка (подопечного, опекаемого) на контрольные осмотры в назначенной время, согласованное с врачом и записанное в медицинской карте. Мне разъяснили необходимость через некоторое время проводить коррекцию либо

переделку протеза (по ситуации) по причинам, не зависящим от работы врача, но обусловленным неизбежными изменениями в полости рта.

Я отдаю себе отчёт, что возможные осложнения после получения услуги, устраняемые надлежащим образом в случае их наступления, не являются вредом здоровью.

6. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях. Я понимаю, что гарантийный срок будет установлен в зависимости от того, какой способ и материал для лечения заболевания будет выбран. Разъяснена возможность ознакомления с Положением о гарантии на стенде организации. Мне понятно, что в связи с некоторыми обстоятельствами (такими как нарушение рекомендаций врача, обращение в другую клинику, возникновение или проявление каких-либо заболеваний т. д.) гарантийный срок может быть сокращён или гарантия перестаёт действовать.

Я понимаю, что протезирование является своего рода вмешательством в биологический организм и как любая медицинская операция не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технических этапов протезирования, что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мной результата с действительным результатом и понимаю, что никто не может гарантировать безупречное состояние опорных зубов под протезом.

Врач объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, соблюдать сроки и последовательность их проведения. Я информирован(а) о способах и методах гигиены после ортопедического лечения, а также о возможных осложнениях при их несоблюдении.

7. Я не возражаю о проведении рентгенологического и других необходимых методах исследования. Я осведомлен(а) о том, что в течение процесса лечения может возникнуть необходимость дополнительных методов исследования, результаты которых могут изменить ранее составленный план протезирования.

Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы, разъяснения. Я понял(а) значение всех и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе. Я имел(а) достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное мне лечение.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента. Я понимаю, что данный документ влечёт для меня правовые последствия.

**Этот документ свидетельствует о том, что в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" мне была сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении, меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги, и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения. Моё решение о проведении ортопедического лечения моему ребёнку (подопечному, опекаемому) является добровольным.**

**Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.**

Подпись законного представителя
_____/_____
Дата: «___» _____ 20__ г.

Подпись врача _____/ _____
Дата: «___» _____ 20__ г.

***ГАУЗ ТО«Городская поликлиника № 5»***

**Информированное добровольное согласие на профессиональную гигиену полости рта**

**г. Тюмень "___" _____ 201_ г.**

Я, _____, соглашаюсь с тем, что моё лечение будет проводить врач стоматолог
_____.

В исключительных случаях (например, болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути данной процедуры:

1. Необходимость и частота проведения профессиональной гигиены полости рта в соответствии с индивидуальным планом профилактических материалов, рекомендованных мне лечащим врачом.

2. Допустимость коррекции намеченного плана и технологий в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе лечения по рекомендованному мне плану профилактических мероприятий. В процессе лечения может

быть выявлена необходимость осуществления дополнительных лечебных процедур, которые невозможно достоверно предвидеть заранее. Такие изменения будут со мной согласованы.

3. Мне сообщена предварительная стоимость лечения. Мне понятно, что в случае, если в процессе лечения появится необходимость изменения намеченного плана или технологии лечения, стоимость лечения может быть изменена. Я согласен (на) в случае изменения цены произвести доплату.

4. Мне разъяснены последствия отказа от намеченного плана лечения: развитие и обострение имеющихся заболеваний пародонта, развитие кариеса зубов и его осложнений и связанная с этим потеря зубов.

5. Мне понятно, что в результате лечения возможны следующие последствия и осложнения: дискомфорт, повышенная чувствительность зубов к химическим и термическим раздражителям, боль, отёк (припухлость) десны и мягких тканей, гематома, кровотечение, натяжение уголков рта с последующим их растрескиванием; во время проведения профессиональной гигиены полости рта с помощью ультразвука или Air-flou высока вероятность выпадения пломб с нарушением краевого прилегания в пришеечной области зубов, дефектных пломб, появление или усиление подвижности зубов, обнажение корня зуба.

6. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантийных сроках, а именно: невозможность обозначения сроков гарантии по причине специфики данной процедуры и индивидуальных особенностей организма (скорость образования мягких и минерализованных зубных отложений, состав микрофлоры полости рта, вредные привычки), но мне гарантируется обследование и учёт состояния моего здоровья; использование сертифицированных материалов; проведение лечения специалистами, имеющими сертификаты, подтверждающие право на осуществление данного вида медицинской помощи; тщательное соблюдение методов и технологий лечения, применяемых в клинике, безопасность лечения, которая обеспечивается комплексом санитарно-эпидемиологических мероприятий, использованием разрешённых к применению технологий и материалов, не утративших сроков годности.

Я знаю, что с положением о гарантии я могу ознакомиться на стенде организации.

7. Со мной согласованы:

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе проведения процедур;
- сроки проведения процедур.

8. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.

Я проинформирована о том, что профессиональная гигиена полости рта является неотъемлемой частью курса лечения заболевания пародонта и профилактической процедурой, предотвращающей развитие кариеса и воспалительных заболеваний.

Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях процедур и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения. Я понял(а) значение всех медицинских терминов. Я имел(а) достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенные мне процедуры.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента. Я понимаю, что данный документ влечёт для меня правовые последствия.

**Этот документ свидетельствует о том, что в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" мне была сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении, меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги, и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения. Моё решение о проведении профессиональной гигиены полости рта является добровольным.**

**Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.**

Подпись пациента _____/_____
Дата: «___» _____ 20__ г.

Подпись врача _____/ _____
Дата: «___» _____ 20__ г

***ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 5»***

**Информированное добровольное согласие на профессиональную гигиену полости рта**

**г. Тюмень "___" _____ 201_ г.**

Я, _____, как законный представитель _____.

доверяю проведение моему ребёнку (подопечному, опекаемому) профессиональной гигиены полости рта врачом стоматологом _____.

В исключительных случаях (например, болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути данной процедуры:

1. Необходимость и частота проведения профессиональной гигиены полости рта в соответствии с индивидуальным планом профилактических материалов, рекомендованных мне лечащим врачом.

2. Допустимость коррекции намеченного плана и технологий в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе лечения по рекомендованному моему ребёнку (подопечному, опекаемому) плану профилактических мероприятий. В процессе лечения может быть выявлена необходимость осуществления дополнительных лечебных процедур, которые невозможно достоверно предвидеть заранее. Такие изменения будут со мной согласованы.

3. Мне сообщена предварительная стоимость лечения. Мне понятно, что в случае, если в процессе лечения появится необходимость изменения намеченного плана или технологии лечения, стоимость лечения может быть изменена. Я согласен(на) в случае изменения цены произвести доплату.

4. Мне разъяснены последствия отказа от намеченного плана лечения: развитие и обострение имеющихся заболеваний пародонта, развитие кариеса зубов и его осложнений и связанная с этим потеря зубов.

5. Мне понятно, что в результате лечения возможны следующие последствия и осложнения: дискомфорт, повышенная чувствительность зубов к химическим и термическим раздражителям, боль, отёк (припухлость) десны и мягких тканей, гематома, кровотечение, натяжение уголков рта с последующим их растрескиванием; во время проведения профессиональной гигиены полости рта с помощью ультразвука или Air-flou высока вероятность выпадения пломб с нарушением краевого прилегания в пришеечной области зубов, дефектных пломб, появление или усиление подвижности зубов, обнажение корня зуба.

6. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантийных сроках, а именно: невозможность обозначения сроков гарантии по причине специфики данной процедуры и индивидуальных особенностей организма (скорость образования мягких и минерализованных зубных отложений, состав микрофлоры полости рта, вредные привычки), но мне гарантируется обследование и учёт состояния здоровья моего ребёнка (подопечного, опекаемого); использование сертифицированных материалов; проведение лечения специалистами, имеющими сертификаты, подтверждающие право на осуществление данного вида медицинской помощи; тщательное соблюдение методов и технологий лечения, применяемых в клинике, безопасность лечения, которая обеспечивается комплексом санитарно-эпидемиологических мероприятий, использованием разрешённых к применению технологий и материалов, не утративших сроков годности.

Я знаю, что с положением о гарантии я могу ознакомиться на стенде организации.

7. Со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе проведения процедур, - сроки проведения процедур.

8. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.

Я проинформирована о том, что профессиональная гигиена полости рта является неотъемлемой частью курса лечения заболевания пародонта и профилактической процедурой, предотвращающей развитие кариеса и воспалительных заболеваний.

Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях процедур и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения. Я имел(а) достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенные мне процедуры.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента. Я понимаю, что данный документ влечёт для меня правовые последствия.

**Этот документ свидетельствует о том, что в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" мне была сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении, меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги, и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения. Я принимаю решение приступить к процедуре профессиональной гигиены полости рта на предложенных условиях.**

Подпись законного представителя

_____/_____

Дата: «___» _____ 20__ г.

Подпись врача _____/ _____

Дата: «___» _____ 20__ г.

*ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 5»*

**Информированное добровольное согласие на проведение медицинского рентгенологического обследования**

**г. Тюмень "___" _____ 201_ г.**

Я, _____, соглашаюсь с тем, что рентгенологическое обследование зубочелюстной системы в рентгенодиагностическом кабинете будет проводить (ненужное вычеркнуть) врач /рентгенолаборант _____

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна следующая информация о сути данного обследования:

1. Для проведения качественного лечения различных заболеваний и повреждений зубочелюстной системы необходимо выполнение плана рентгенологического обследования (ортопантограммы, прицельной рентгенограммы зубов и периапикальных тканей и т. д.).

2. Право на принятие решения о проведении рентгенологического обследования имеет пациент или его законный представитель. Пациент может отказаться от рентгенологического обследования.

3. При отказе от проведения необходимых рентгенологических обследований (особенно ортопантограммы), врач не может провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения.

4. При получении рентгенограммы неудовлетворительного качества необходимо повторное выполнение рентгеновского снимка (в случаях движения пациента во время процедуры, большая мышечная масса и плотность тканей лица, не сработал должным образом аппарат и т.д.).

5. Противопоказаниями для рентгеновского обследования являются:

а) беременность на протяжении всего срока (при этом рентгенологические обследования выполняются только по жизненным показаниям);

б) отягощённый анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение пациенту курса лучевой терапии по поводу сопутствующих заболеваний – менее чем за шесть месяцев до настоящего времени);

в) выполнение других рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой; работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений;

6. Назначение рентгенологических исследований детям до 14 лет осуществляется только по строгим клиническим показаниям, с согласия и в присутствии родителей.

Я информирован(а) о возможных ощущениях во время рентгенологического обследования.

Я обязуюсь известить лечащего врача, а так же врача-рентгенолога или рентгенолаборанта о наличии вышеперечисленных противопоказаний (п. 5) до проведения рентгенологического исследования.

Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о гарантиях рентгенологического обследования:

- рентгенодиагностика осуществляется с применением исправной, сертифицированной аппаратуры, которая даёт минимальную, практически безопасную дозу облучения и снижает до минимума риск возможных последствий, а так же позволяет проводить более одного рентгеновского снимка в процессе стоматологического лечения, без негативных последствий для организма;
- будут получены качественные рентгеновские снимки;
- персонал будет соблюдать контроль и меры радиационной безопасности с предоставлением мне индивидуальных средств защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в листе учёта дозовых нагрузок при проведении рентгенологических обследований (лист вклеивается в медицинскую карту);
- в обязательном порядке мне будет сообщена информация о полученной дозе облучения и мерах, которые необходимо соблюдать, чтобы исключить отрицательные последствия во время и после рентгенологического обследования.

Мне были объяснены возможные исходы и альтернативы предложенного рентгенологического обследования. Я понимаю, что альтернативным и более информативным способом рентгенологического обследования зубочелюстной системы является компьютерная томография.

Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях рентгенологического обследования и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения. Я имел(а) достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное мне обследование.

Я внимательно ознакомилась(ся) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента. Я понимаю, что данный документ влечёт для меня правовые последствия.

**Этот документ свидетельствует о том, что в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" мне была сообщена вся**

**необходимая информация о предстоящем лечении, меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги, и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения. Моё решение о проведении рентгенологических обследований является добровольным.**

**Я принимаю решение приступить к рентгенологическому обследованию на предложенных условиях.**

Подпись пациента _____/_____

Дата: «___» _____ 20__ г.

Подпись врача _____/ _____

Дата: «___» _____ 20__ г.

**Информированное добровольное согласие на проведение медицинского рентгенологического обследования**

**г. Тюмень "___" _____ 201_ г.**

Я, _____, как законный представитель _____, доверяю провести рентгенологическое обследование моего ребёнка (подопечного, опекаемого). Соглашаюсь с тем, что рентгенологическое обследование зубочелюстной системы моего ребёнка (подопечного, опекаемого) в рентгенодиагностическом кабинете будет проводить (ненужное вычеркнуть) врач /рентгенолаборант _____.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна следующая информация о сути данного обследования:

1. Для проведения качественного лечения различных заболеваний и повреждений зубочелюстной системы необходимо выполнение плана рентгенологического обследования (ортопантограмма, прицельная рентгенограмма зубов и периапикальных тканей и др.).

2. Право на принятие решения о проведении рентгенологического обследования имеет пациент или его законный представитель. Пациент или его законный представитель может отказаться от рентгенологического обследования.

3. При отказе от проведения необходимых рентгенологических обследований (особенно ортопантограммы), врач не может провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения.

4. При получении рентгенограммы неудовлетворительного качества необходимо повторное выполнение рентгеновского снимка (в случаях движения пациента во время процедуры, большая мышечная масса и плотность тканей лица, не сработал должным образом аппарат и т.д.).

5. Противопоказаниями для рентгеновского обследования являются:

а) беременность на протяжении всего срока (при этом рентгенологические обследования выполняются только по жизненным показаниям);

б) отягощённый анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение пациенту курса лучевой терапии по поводу сопутствующих заболеваний – менее чем за шесть месяцев до настоящего времени);

в) выполнение других рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой; работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений;

6. Назначение рентгенологических исследований детям до 14 лет осуществляется только по строгим клиническим показаниям, с согласия и в присутствии родителей.

Я информирован(а) о возможных ощущениях у моего ребёнка (подопечного, опекаемого) во время рентгенологического обследования.

Я обязуюсь известить лечащего врача, а так же врача-рентгенолога или рентгенолаборанта о наличии вышеперечисленных противопоказаний (п. 5) до проведения рентгенологического исследования.

Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о гарантиях рентгенологического обследования:

- рентгенодиагностика осуществляется с применением исправной, сертифицированной аппаратуры, которая даёт минимальную, практически безопасную дозу облучения и снижает до минимума риск возможных последствий, а так же позволяет проводить более одного рентгеновского снимка в процессе стоматологического лечения, без негативных последствий для организма;

- будут получены качественные рентгеновские снимки;

- персонал будет соблюдать контроль и меры радиационной безопасности с предоставлением мне и моему ребёнку (подопечному, опекаемому) индивидуальных средств защиты. Доза облучения моего ребёнка (подопечного, опекаемого) во время обследования будет зарегистрирована в листе учёта дозовых нагрузок при проведении рентгенологических обследований (лист вклеивается в медицинскую карту);

- в обязательном порядке мне будет сообщена информация о полученной дозе облучения и мерах, которые необходимо соблюдать, чтобы исключить отрицательные последствия во время и после рентгенологического обследования.

Мне были разъяснены возможные альтернативы предложенного рентгенологического обследования. Я понимаю, что альтернативным и более информативным способом рентгенологического обследования зубочелюстной системы моего ребёнка (подопечного, опекаемого) является компьютерная томография.

Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях рентгенологического обследования и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения. Я имел(а) достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное моему ребёнку (подопечному, опекаемому) обследование.

Я внимательно ознакомилась(ся) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента. Я понимаю, что данный документ влечёт для меня правовые последствия.

**Этот документ свидетельствует о том, что в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" мне была сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении, меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги, и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения. Моё решение о проведении рентгенологических обследований моего ребёнка (подопечного, опекаемого) является добровольным.**

**Я принимаю решение приступить к рентгенологическому обследованию моего ребёнка (подопечного, опекаемого) на предложенных условиях.**

Подпись законного представителя _____/_____

Дата: «___» _____ 20__ г.

Подпись врача _____/ _____

Дата: «___» _____ 20__ г.

***ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 5»***

**Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства (эндодонтического)**

**г. Тюмень "___" _____ 201_ г.**

Я, _____,

проинформирован(а) о необходимости лечения корневых каналов (эндодонтическое лечение) и соглашаюсь с тем, что моё лечение будет проводить врач стоматолог _____

_____

В исключительных случаях (например, болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения:

1. Диагноз:

_____.

2. Индивидуальный, рекомендованный план лечения: _____

_____.

3. Допустимость уточнения диагноза, индивидуального плана лечения, технологии лечения в процессе лечения. Мне известно, что во время медицинского вмешательства может возникнуть необходимость в изменении плана лечения, поэтому я соглашаюсь на возможное увеличение стоимости.

4. Возможные альтернативные варианты, а именно: удаление поражённого зуба (поражённых зубов), непроведение лечения.

5. Возможные негативные последствия отказа от рекомендованного плана лечения, а именно (нужное дописать, ненужное вычеркнуть): развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; появление отёка мягких тканей; потеря зуба; некоторые нарушения общего состояния организма.

6. Возможные осложнения на этапах и после лечения, а именно (ненужное вычеркнуть, нужное дописать):

- под влиянием анестезии: отёк мягких тканей, гематома в месте вкола, аллергические реакции;
- последствия приёма аналгетиков и антибиотиков (в случаях их назначения): аллергические реакции; нарушение состава кишечной микрофлоры; изменения витаминного, иммунологического балансов; обострение хронических заболеваний ЖКТ;
- в процессе лечения и после лечения (ненужное зачеркнуть, нужное дописать):
- определённый процент неэффективного эндодонтического лечения по причине индивидуальных особенностей строения корневых каналов зубов (склерозированные, искривлённые) у пациента и состояния его здоровья;
- перелечивание корневых каналов зубов через некоторое время или проведение хирургического вмешательства в районе тканей, окружающих зуб или даже удаление зуба;
- поломка инструмента (файла) внутри корневого канала и невозможность его извлечения;
- отёк мягких тканей;
- болевые ощущения;
- необходимость приёма таблетированных препаратов или необходимость физиолечения;
- перелом зуба;
- обострение герпетической инфекции;
- перфорация корня зуба.

Я понимаю, что при перелечивании ранее запломбированных каналов зуба (зубов) успех лечения значительно снижается, что связанно с невозможностью (в некоторых случаях) удалить из корневого канала старую пломбу или металлический штифт.

- возможные осложнения при перелечивании зуба, покрытого коронкой, или являющегося опорой для зубного протеза (съёмного или несъёмного):
- необходимость снятия несъёмного зубного протеза, а затем изготовление нового зубного протеза, так как при лечении через коронку снижается его эффективность;
- перелом зуба, что может привести к его удалению.

После лечения и перелечивания корневых каналов необходимо восстановление верхней части зуба, т. е. постановка пломбы, штифта, вкладки, коронки (по ситуации).

Я понимаю, что полное выздоровление зависит так же от неукоснительного выполнения рекомендаций врача. Мне понятно, что нарушение рекомендаций врача может привести к неэффективности лечения, серьёзным осложнениям, а так же возникновениям других заболеваний. Я осведомлен(а) о том, что в день лечения, и последующие дни до полного выздоровления необходима щадящая диета, тщательная гигиена полости рта.

Я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения и обязуюсь приходить на контрольные осмотры в назначенной время, согласованное с врачом и записанное в медицинской карте.

Я отдаю себе отчёт, что возможные осложнения после получения услуги, устраняемые надлежащим образом в случае их наступления, не являются вредом здоровью.

7. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях. Разъяснена возможность ознакомления с Положением о гарантии на стенде организации. Мне разъяснено и понятно, что на эндодонтическое лечение гарантия не предоставляется, но мне гарантируется обследование и учёт состояния моего здоровья до начала лечения с целью выявления возможных противопоказаний; использование сертифицированных материалов; врачебный контроль за процессом лечения; проведение лечения специалистами, имеющими сертификаты, подтверждающие право на осуществление данного вида медицинской помощи; тщательное соблюдение методов и технологий лечения, применяемых в клинике; безопасность лечения, которая обеспечивается комплексом санитарно-эпидемиологических мероприятий, использованием разрешённых к применению технологий и материалов, не утративших сроков годности.

Я проинформирована, что средний процент успешности в клинике по данному лечению составляет 90 %.

Гарантия при лечении корневых каналов может быть дана на корневую пломбу, штифт, вкладку, пломбу, коронку.

8. Со мной согласованы:

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- сроки проведения лечения.

9. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.

Я не возражаю о проведении рентгенологического и других необходимых методах исследования. Я проинформирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования челюстей (когда такое обследование необходимо) врач не сможет провести качественное гарантированное лечение. Я проинформирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования. Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются средства индивидуальной защиты.

Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения. Я понял(а) значение всем медицинских терминов. Я имел(а) достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное мне лечение.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента. Я понимаю, что данный документ влечёт для меня правовые последствия.

**Этот документ свидетельствует о том, что в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" мне была сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении, меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги, и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения. Моё решение о проведении эндодонтического лечения является добровольным.**

**Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.**

Подпись пациента _____/_____
Дата: «___» _____ 20__ г.

Подпись врача _____/ _____
Дата: «___» _____ 20__ г.

***ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 5»***

**Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства (эндодонтического)**

**г. Тюмень "___" _____ 201_ г.**

Я, _____, как законный представитель _____
проинформирован(а) о необходимости лечения корневых каналов (эндодонтическое лечение) и соглашаюсь с тем, что лечение моему ребёнку (подопечному, опекаемому) будет проводить врач стоматолог _____
_____

В исключительных случаях (например, болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом.

1. Диагноз:
_____.

2. Индивидуальный, рекомендованный план лечения: _____
_____.

3. Допустимость уточнения диагноза, индивидуального плана лечения, технологии лечения в процессе лечения. Мне известно, что во время медицинского вмешательства может возникнуть необходимость в изменении плана лечения, поэтому я соглашаюсь на возможное увеличение стоимости.

4. Возможные альтернативные варианты, а именно: удаление поражённого зуба (поражённых зубов), непроведение лечения.

5. Возможные негативные последствия отказа от рекомендованного плана лечения, а именно (нужное дописать, ненужное вычеркнуть): развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; появление отёка мягких тканей; потеря зуба; некоторые нарушения общего состояния организма.

6. Возможные осложнения на этапах и после лечения, а именно (ненужное вычеркнуть, нужное дописать):

- под влиянием анестезии: отёк мягких тканей, гематома в месте вкола, аллергические реакции;
- последствия приёма аналгетиков и антибиотиков (в случаях их назначения): аллергические реакции; нарушение состава кишечной микрофлоры; изменения витаминного, иммунологического балансов; обострение хронических заболеваний ЖКТ;
- в процессе лечения и после лечения (ненужное зачеркнуть, нужное дописать):
- определённый процент неэффективного эндодонтического лечения по причине индивидуальных особенностей строения корневых каналов зубов (склерозированные, искривлённые) у пациента и состояния его здоровья;
- перелечивание корневых каналов зубов через некоторое время или проведение хирургического вмешательства в районе тканей, окружающих зуб или даже удаление зуба;
- поломка инструмента (файла) внутри корневого канала и невозможность его извлечения;
- отёк мягких тканей;
- болевые ощущения;
- необходимость приёма таблетированных препаратов или необходимость физиолечения;
- перелом зуба;
- обострение герпетической инфекции;
- перфорация корня зуба.

Я понимаю, что при перелечивании ранее запломбированных каналов зуба (зубов) успех лечения значительно снижается, что связанно с невозможностью (в некоторых случаях) удалить из корневого канала старую пломбу или металлический штифт.

- возможные осложнения при перелечивании зуба, покрытого коронкой, или являющегося опорой для зубного протеза (съёмного или несъёмного):
- необходимость снятия несъёмного зубного протеза, а затем изготовление нового зубного протеза, так как при лечении через коронку снижается его эффективность;
- перелом зуба, что может привести к его удалению.

После лечения и перелечивания корневых каналов необходимо восстановление верхней части зуба, т. е. постановка пломбы, штифта, вкладки, коронки (по ситуации).

Я понимаю, что полное выздоровление зависит так же от неукоснительного выполнения рекомендаций врача. Мне понятно, что нарушение рекомендаций врача может привести к неэффективности лечения, серьёзным осложнениям, а так же возникновениям других заболеваний. Я осведомлен(а) о том, что в день лечения, и последующие дни до полного выздоровления необходима щадящая диета, тщательная гигиена полости рта. Обязуюсь следить за исполнением моим ребёнком (подопечным, опекаемым) всех рекомендаций врача.

Я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения и обязуюсь приводить ребёнка (подопечного, опекаемого) на контрольные осмотры в назначенной время, согласованное с врачом и записанное в медицинской карте.

Я отдаю себе отчёт, что возможные осложнения после получения услуги, устраняемые надлежащим образом в случае их наступления, не являются вредом здоровью.

7. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях. Разъяснена возможность ознакомления с Положением о гарантии на стенде организации. Мне разъяснено и понятно, что на эндодонтическое лечение гарантия не предоставляется, но мне гарантируется обследование и учёт состояния моего здоровья до начала лечения с целью выявления возможных противопоказаний; использование сертифицированных материалов; врачебный контроль за процессом лечения; проведение лечения специалистами, имеющими сертификаты, подтверждающие право на осуществление данного вида медицинской помощи; тщательное соблюдение методов и технологий лечения, применяемых в клинике; безопасность лечения, которая обеспечивается комплексом санитарно-эпидемиологических мероприятий, использованием разрешённых к применению технологий и материалов, не утративших сроков годности.

Я проинформирована, что средний процент успешности в клинике по данному лечению составляет 90 %.

Гарантия при лечении корневых каналов может быть дана на корневую пломбу, штифт, вкладку, пломбу, коронку.

8. Со мной согласованы:

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;

- сроки проведения лечения.

9. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение моим ребёнком (подопечным, опекаемым) плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.

Я не возражаю о проведении рентгенологического и других необходимых методах исследования. Я проинформирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования челюстей (когда такое обследование необходимо) врач не сможет провести качественное гарантированное лечение. Я проинформирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования. Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются средства индивидуальной защиты.

Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения. Я понял(а) значение всех медицинских терминов. Я имел(а) достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное мне лечение.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента. Я понимаю, что данный документ влечёт для меня правовые последствия.

**Этот документ свидетельствует о том, что в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" мне была сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении, меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги, и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения. Моё решение о проведении эндодонтического лечения моему ребёнку (подопечному, опекаемому) является добровольным.**

**Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.**

Подпись законного представителя _____/_____

Дата: «___» _____ 20__ г.

Подпись врача _____/ _____

Дата: «___» _____ 20__ г.