ДОГОВОР №_____
на оказание платных медицинских услуг

г. Москва **«__»_____20__г.**

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Детский медицинский центр» Управления делами Президента Российской Федерации (ФГБУ «Детский медицинский центр»), именуемое в дальнейшем - «Исполнитель», в лице начальника договорного отдела Службы организации платных услуг **Андреевой Юлии Андреевны**, действующей/его на основании Доверенности №37-01-03/02/7 от 16 января 2026 г., согласно Уставу и лицензии № Л041-00110-77/00328703 от 05.04.2019 г. (срок действия лицензии: бессрочно, выданная Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109074, г. Москва, Славянская площадь, д.4, стр. 1, тел.: +7(495) 698-45-38, +7(499)578-02-30)), с одной стороны, и **ФИО законного представителя** , зарегистрирован по адресу _____ именуемый в дальнейшем - «Заказчик», являясь законным представителем несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица, далее - «Потребитель», с другой стороны, далее Стороны, заключили Договор о нижеследующем:

Понятия, используемые в настоящем Договоре

Для целей настоящего Договора используются следующие основные понятия:

- платные медицинские услуги - медицинские услуги, предоставляемые гражданам за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров по желанию граждан при оказании медицинской помощи;
- Заказчик - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с настоящим Договором в пользу потребителя;
- Потребитель - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с настоящим Договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";
- Исполнитель – ФГБУ «Детский медицинский центр»

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется предоставить Потребителю:

Номер медицинской карты	Ф.И.О.	Дата рождения

медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе, согласно перечню и стоимости услуг, указанных в «Прейскуранте платных медицинских услуг», оказываемых Исполнителем (далее - Прейскурант) в соответствии с Приложением № 5 – «Программа медицинского обслуживания по системе авансирования». Прейскурант размещен на сайте организации по постоянной ссылке - https://www.kdpmc.ru/wp-content/uploads/dokumenty/prejskurant-platnyh-medicinskih-uslug.pdf.

1.2. Заказчик добровольно берет на себя обязательство соблюдать указания (рекомендации) Исполнителя (медицинского работника Исполнителя), в том числе назначенного режима лечения, и своевременно оплачивать стоимость лечения в соответствии с условиями настоящего Договора и Прейскурантом, утвержденным Исполнителем.

1.3. В случае если при оказании 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 от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

1.4. Исполнитель обязуется:

1.4.1. Предоставить Потребителю платные медицинские услуги квалифицированными специалистами, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

1.4.2. Предоставить Потребителю платные медицинские услуги в соответствии со стандартами качества и условиями Договора.

1.4.3. Предоставить Потребителю (законному представителю Потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

а) о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

б) 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.

1.4.4. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

1.4.5. Сообщить Заказчику ориентировочную стоимость услуг и возможность корректировки этой стоимости, в зависимости от специфики лечения.

1.4.6. Соблюдать правила медицинской этики и деонтологии во взаимоотношениях с Заказчиком/Потребителем, хранить врачебную тайну.

1.5. Исполнитель имеет право:

1.5.1. Отказать в приеме Потребителю в случаях, если Потребитель находится в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, при наличии и выявлении противопоказаний, а также в других случаях, предусмотренных «Правилами внутреннего распорядка для посетителей поликлинических подразделений ФГБУ «Детский медицинский центр» (постоянная ссылка на правила-https://www.kdpmc.ru/wp-content/uploads/2017/05/Pravila_rasporadka_dla_posetiteley.pdf).

1.5.2. Отказаться от проведения и продолжения лечения, если лечение может вызвать нежелательные последствия или выявляются противопоказания к его проведению, а также если возникают противоречия с Заказчиком/Потребителем в связи с оценкой эффективности результатов лечения, в том числе эстетических. При этом взаиморасчет осуществляется по факту оказанных услуг.

1.5.3. В случае если после подписания настоящего Договора у Потребителя обнаружится заболевание (состояние), несовместимое с планируемой медицинской помощью, Исполнитель предлагает другой метод диагностики или лечения либо отказывается от выполнения услуг. При этом Заказчик оплачивает Исполнителю понесенные им фактические расходы, связанные с исполнением настоящего Договора.

1.5.4. В случае если Заказчик не предоставил или предоставил не в полном объеме информацию, необходимую для качественного оказания Исполнителем услуг, Исполнитель не несет ответственность за возможные последствия и неэффективность лечения.

1.5.5. Отказать Потребителю в оказании медицинских услуг:

- при отказе Потребителя либо его Законного представителя от подписания информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств (далее по Договору - «ИДС»), включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают ИДС при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи;
- при подписании отказа Потребителем либо его Законным представителем от медицинских вмешательств;
- при отказе Потребителя либо его Законного представителя от подписания плана лечения;
- при систематическом (два и более раза) и/или грубом нарушении Потребителем назначений и рекомендаций, а именно: при отказе Потребителя от необходимых обследований, не прохождение которых препятствует дальнейшему оказанию медицинских услуг, при нарушении Потребителем плана лечения, несоблюдении врачебных рекомендаций и назначений. В случаях,

предусмотренных настоящим пунктом, систематичность и грубость нарушения порядка получения услуг и оценка соответствующего состояния Потребителя осуществляется специалистами Исполнителя;

1.6. Заказчик обязуется:

1.6.1. Предоставить Исполнителю полную информацию, касающуюся здоровья Потребителя.

1.6.2. Оплачивать оказанные Исполнителем услуги в полном объеме в соответствии с п.3 настоящего Договора.

1.6.3. Обеспечить явку Потребителя на лечение в установленное время.

1.6.4. Немедленно извещать Исполнителя обо всех осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе лечения Потребителя, а также о принимаемых лекарственных препаратах.

1.6.5. Заранее (не менее чем за 24 часа) до назначенного приема известить Исполнителя по телефону +7 (495) 727-11-66 о невозможности явки на прием.

1.6.6. Немедленно извещать Исполнителя обо всех осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе оказания медицинских услуг, а также о принимаемых лекарственных препаратах.

1.6.7. Обеспечить подписание информированного добровольного согласия в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, Потребителем (Законным представителем Потребителя).

1.6.8. Заказчик/Потребитель письменно уведомлен 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.

1.6.9. Заказчик подтверждает информированность 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.

1.7. Потребитель/Заказчик (Законный представитель Потребителя) имеет право:

1.7.1. Получать исчерпывающую информацию о предоставляемых услугах и проведенном лечении Потребителя.

1.7.2. Выбирать время приема из имеющегося свободного у Исполнителя.

1.7.3. На сохранение в тайне информации о здоровье Потребителя.

1.7.4. В любое время отказаться от предоставления платных медицинских услуг у Исполнителя, при этом Заказчик полностью оплачивает полученные Потребителем услуги в день отказа. В этом случае Заказчик/Потребитель не вправе предъявлять Исполнителю претензии по качеству незавершенного лечения.

2. СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

2.1. Медицинские услуги при проведении стоматологического лечения, включают в себя:

2.1.1. Установление диагноза, выбор методов лечения и при необходимости составление плана лечения;

2.1.2. Проведение лечения в соответствии с установленным диагнозом и планом лечения;

2.2. В части оказания стоматологических медицинских услуг, подписывая план лечения, Заказчик подтверждает свое согласие со всеми этапами и сроками лечения, подтверждает свою информированность об объёме финансовых затрат и соглашается с ними.

2.3. После окончания каждого этапа стоматологического лечения, стороны подписывают акт об оказанных услугах. Оплата услуг за исключением случаев, указанных в п. 3.9, осуществляется согласно п. 3.6. настоящего Договора.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Предварительный расчет стоимости лечения определяется в соответствии с Прейскурантом, действующим на момент подписания настоящего договора.

3.2. Стоимость лечения по настоящему Договору определяется исходя из утвержденных цен, действующих на дату оплаты, и оплачивается Заказчиком по Прейскуранту. При этом при вы-

полнении условий программы (согласно Приложению № 5) предусмотрено применение утвержденной системы скидок.
3.3. Оплата услуг по настоящему Договору производится путем перечисления средств на расчетный счет или через кассу Исполнителя.
3.4. Заказчик оплачивает Исполнителю аванс в размере не менее 50 000,00 рублей за каждого Потребителя. Сумма авансового платежа может быть учтена во взаиморасчетах с Заказчиком.
3.5. Авансовый платеж является источником для погашения задолженности.
3.6. Исполнитель не позднее 15 числа каждого месяца предоставляет Заказчику реестр выполненных в предыдущем месяце медицинских услуг. Оплата по счетам засчитывается из суммы внесенного аванса.
3.7. Медицинское обслуживание Потребителя производится при условии поступления от Заказчика аванса согласно п.п. 3.4. - 3.6. настоящего Договора.
3.8. Неиспользованная сумма возвращается Заказчику в течение 15 дней после окончания срока действия или расторжения Договора по письменному запросу или может быть учтена в дальнейших взаиморасчетах.
3.9. При проведении стоматологических медицинских услуг оплата изготовления временных и постоянных конструкций в зуботехнической лаборатории осуществляется дополнительно путем 100% аванса, вне программы системы авансирования.

4. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

4.1. При заключении Договора Потребителю/Заказчику/Законному представителю Потребителя Исполнителем предоставлена в доступной форме информация о возможностях 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.
4.2. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления и согласия Потребителя (Законного представителя потребителя) приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Потребителя/Заказчика/Законного представителя Потребителя.
4.3. Платные медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с Уставом Исполнителя, лицензией на медицинскую деятельность, положением об организации оказания медицинской помощи по видам деятельности, порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, клиническими рекомендациями, Положением о порядке предоставления платных медицинских услуг, другими документами в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
4.4. При заключении договора Потребителю/Заказчику/Законному представителю Потребителя предоставляется в доступной форме информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
- информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);
- другие сведения, относящиеся к предмету договора.

4.5. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
4.6. Потребитель/Законный представитель Потребителя незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния здоровья Потребителя, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.
4.7. Исполнителем после исполнения договора выдаются Потребителю/Законному представителю Потребителя медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из ме-

дицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, акт об оказании платных медицинских услуг.

4.8. При проведении стоматологического лечения несоблюдение правил гигиены полости рта, пользования ортопедическими и ортодонтическими конструкциями и невыполнение указаний и рекомендаций Исполнителя могут быть основанием для прекращения лечения Потребителя.

4.9. Оказание платных медицинских услуг производиться с учетом режима работы Исполнителя и графика работы медицинских работников Исполнителя, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг.

4.10. Заказчик уведомлен о том, что несоблюдение назначений (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на здоровье Потребителя.

5. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ СОГЛАСОВАННОГО ОБЪЕМА УСЛУГ

5.1. При необходимости проведения дополнительных исследований, медицинских процедур, отдельных медицинских услуг и/или изменения диагноза Потребителя, Исполнитель информирует Заказчика и предлагает оплатить названные дополнительные исследования, медицинские процедуры и медицинские услуги по правилам настоящего договора.

5.2. В случае согласия Заказчика Исполнитель продолжает оказывать медицинские услуги Потребителю, согласованные настоящим Договором.

5.3. В случае несогласия Заказчика на проведение дополнительных исследований, медицинских процедур и медицинских услуг Исполнитель не несет ответственности за результаты обследований и достоверность диагноза, а лечение может быть прекращено в соответствии с п.п. 1.5.2; 1.5.3 настоящего Договора.

5.4. Несоблюдение правил гигиены полости рта, пользования ортопедическими и ортодонтическими конструкциями и невыполнение указаний и рекомендаций Исполнителя являются основанием для прекращения лечения Потребителя.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору стороны несут ответственность, предусмотренную настоящим Договором и законодательством РФ.

6.2. Случаи некачественного оказания услуг рассматриваются комиссией из представителей сторон в течение 1 месяца со дня выявления нарушения.

6.3. В случае нарушения Заказчиком/Потребителем условий Договора или несоблюдения Заказчиком/Потребителем Правил, установленных для клиентов, Исполнитель вправе прекратить оказание медицинских услуг Потребителю.

6.4. За просрочку оплаты выставленных счетов за медицинские услуги Заказчик выплачивает Исполнителю пени в размере 0,1% от суммы просроченного платежа за каждый день просрочки. Уплата штрафных санкций производится до фактического исполнения обязательств и не освобождает Заказчика от исполнения своих обязательств.

6.5. В случае нарушения Заказчиком или Потребителем условий Договора или несоблюдения «Правил для пациентов и их представителей», Исполнитель вправе прекратить обслуживание Потребителя, письменно уведомив Заказчика за 15 дней до даты открепления. При этом полученный аванс в соответствии с п. 3.4. не возвращается.

6.6. В случае не урегулирования спора он передается по инициативе Исполнителя на рассмотрение в Тверской районный суд г. Москвы или мировому судье судебного участка №370 г. Москвы в соответствии с подсудностью, а по инициативе Заказчика – в соответствии с п.2 ст.17 Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1.

6.7. Нерегулярные посещения Потребителем врача, невыполнение указаний и рекомендаций Исполнителя являются основанием для прекращения лечения Потребителя.

6.8. По вопросам, не предусмотренным настоящим Договором, стороны руководствуются законодательством РФ.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

7.1. Настоящий Договор заключен с «___» _____ 20__ г. по «___» _____ 20__ г.
7.1.1. Изменения и дополнения в настоящий Договор могут быть внесены по письменному соглашению Сторон, в виде дополнительного соглашения к настоящему Договору.
7.2. Договор может быть прекращен до истечения срока выполнения сторонами своих обязательств:
7.2.1. по соглашению сторон, при этом взаиморасчеты осуществляются в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором;
7.2.2. в одностороннем порядке Заказчиком/Потребителем путем подачи письменного заявления на имя Директора ФГБУ «Детский медицинский центр» не позднее, чем за 15 дней до даты расторжения, при этом взаиморасчеты осуществляются в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором.
7.2.3. в одностороннем порядке (отказ от договора в соответствии в соответствии со ст. 782 ГК РФ), а так же в случае нарушения Заказчиком/Потребителем принятых на себя обязательств по договору и невозможности выполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору, возникшей по вине Заказчика/Потребителя.

8. ФОРС-МАЖОР

8.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения Договора в результате событий чрезвычайного характера, которые участник не мог ни предвидеть, ни предотвратить разумными мерами (форс-мажор). К таким событиям чрезвычайного характера относятся: стихийные бедствия, наводнения, пожар, землетрясения, взрыв, оседание почвы, эпидемия, военные действия, массовые митинги и забастовки, правительственные постановления или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после его заключения.

9. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ.

9.1. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу по одному для каждой стороны.
9.2. К настоящему Договору прилагаются и являются его неотъемлемой частью:
9.2.1. Заявление Заказчика со списком прикрепляемых на обслуживание Потребителей (1 экз. - только у Исполнителя).
9.2.2. Приложение № 1 – «Согласие на обработку персональных данных».
9.2.3. Приложение № 2 – «Соглашение об объеме и условиях оказания медицинских услуг».
9.2.4. Приложение № 3 – «Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств».
9.2.5. Приложение № 4 – «Согласие на получение информации по каналам связи».
9.2.6. Приложение № 5 – «Программа медицинского обслуживания по системе авансирования».
9.2.7. Приложение № 6 – «Перечень выполняемых (оказываемых) работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, указанных в едином реестре лицензий Федеральной службы по надзору здравоохранения, в рамках предоставляемых в соответствии с договором».
9.2.8. Приложение № 7 – «Согласие на предоставление платных медицинских услуг и осуществление медицинских вмешательств в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи».

10. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

ЗАКАЗЧИК	ИСПОЛНИТЕЛЬ

Ф.И.О. *Паспорт:* *Место рождения:* *Адрес регистрации:* *ИНН:* *СНИЛС:* *Телефон:* E-mail: Данные документа, подтверждающие полномочия заказчика на заключение договора от имени Потребителя:_____ Адрес, на который Исполнитель может направлять ответы на письменные обращения:_____ Потребитель: ФИО_____ Данные документа, подтверждающие личность Потребителя_____ Адрес места жительства:	**ФГБУ «Детский медицинский центр»** *109012, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Тверской, пер. Старопанский, д.3, стр.2.* *ИНН 7710114301, КПП 771001001* *Л/с 20736Х43350, 21736Х43350, 22736Х43350* *Банк: ОКЦ № 1 ГУ Банка России по ЦФО//УФК ПО Г. МОСКВЕ, г Москва* *Р/с 03214643000000017300* *К/с 40102810545370000003* *БИК 004525988* *Код ОКТМО: 45382000* *Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ от 15.10.2002 МИМНС России №39 по г. Москве, сер. 77 №004815866*
_____(_____)	_____(_____)

Директору
ФГБУ «Детский медицинский центр»
Шурыгиной Светлане Вячеславовне

З А Я В Л Е Н И Е

Я, _____
(Ф.И.О.)

_____
(место работы, должность)

e-mail:_____

прошу Вас прикрепить на медицинское обслуживание по договору **с оплатой по факту обращения моего ребенка (моих детей)** с « ___ » _____ 202__ года.
Я, как Заказчик, являясь законным представителем несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица, далее «Потребитель», уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего медицинские услуги), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемых медицинских услуг (услуги), повлечь за собой невозможность их/её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

Ранее обслуживался в *ФГБУ «Детский медицинский центр»* в _____ году / прикрепляется вновь.

№	**Фамилия, имя, отчество ребенка**	**Дата рождения**	**Адрес фактического проживания ребенка: индекс, район, улица, дом, квартира, подъезд, этаж, код (домофон)**	**Ф.И.О. матери Телефон: дом./раб./моб.** (полностью)
				Ф.И.О. отца Телефон: дом./раб./моб. (полностью)

«____» _____ 202_ г. Подпись _____ (_____)
(расшифровка подписи)

Экземпляр Договора получен: ***дата_____*** ***Подпись_____***

Приложение № 1
к договору об оказании платных медицинских услуг
№ _____от «____»_____202_ _г.

Согласие законного представителя несовершеннолетнего на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся_____,
проживающий по адресу_____
документ, удостоверяющий личность:_____
как законный представи-
тель_____,
Ф.И.О. пациента, дата рождения
проживающего по адресу_____

_____
наименование и реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы пациента

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» подтверждаю свое согласие на обработку федеральным государственным бюджетным учреждением «Детский медицинский центр» Управления делами Президента Российской, расположенному по адресу: Москва, Старопанский пер., д.3, ул.Цандера д.5 (далее — Оператор) персональных данных пациента, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, место рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), данные полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья пациента, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну и иные персональные данные, ставшие ему известными во время осуществления профессиональной деятельности. В процессе оказания Оператором медицинской помощи пациенту, я предоставляю право медицинским работникам передавать все персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах обследования и лечения пациента. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными пациента, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать автоматизированным и неавтоматизированным способом персональные данные пациента посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) персональными данными пациента с обслуживающей страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС, иными медицинскими организациями с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицами, обязанными сохранять профессиональную тайну.

Настоящим я признаю и подтверждаю, что в случае необходимости предоставления персональных данных для достижения указанных выше целей третьему лицу, а равно как при привлечении третьих лиц к оказанию услуг в указанных целях, ФГБУ «Детский медицинский центр» вправе в необходимом объеме раскрывать для совершения вышеуказанных действий мои персональные данные таким третьим лицам, их агентам и иным уполномоченным ими лицам, а также представлять таким лицам соответствующие документы, содержащие такую информацию. Настоящее согласие считается данным мною любым третьим лицам, указанным выше, с учетом соответствующих изменений, и любые такие третьи лица имеют право на обработку персональных данных на основании настоящего согласия.

Срок хранения персональных данных пациента соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет 25 лет.

Передача персональных данных пациента иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я, _____, своей подписью удостоверяю, что текст мною прочитан, мне понятно содержание и назначение данного документа.

Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Подпись представителя пациента _____/ _____ Дата_____

Приложение №2
к договору об оказании платных медицинских услуг
№ _____от «____»_____202_ _г.

СОГЛАШЕНИЕ
об объеме и условиях оказания медицинских услуг в
федеральном государственном бюджетном учреждении «Детский медицинский центр»
Управления делами Президента Российской Федерации

Я, _____ являясь законным представителем несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица:

Номер медицинской карты	Ф.И.О.	Дата рождения

получив полную информацию о возможности и условиях оказания медицинских услуг**,** выражаю свое согласие и желание на оказание платных медицинских услуг, а также готовность их оплатить.

1. Мне разъяснено и я согласен(на), что оказываемые медицинские услуги не гарантируют ожидаемый результат во всех случаях и что при проведении лечения и после него, как в ближайшем, так и отдаленном периоде, возможны различные варианты течения заболевания и осложнения, обусловленные особенностями организма и прочими причинами, не связанными с медицинскими вмешательствами.
2. Я предупрежден (на) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение предписанного врачом режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.
3. Я поставил(ла) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических производственных факторах физической, химической или биологической природы воздействовавших на меня, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности.
4. Я информирован(на) о целях, характере и возможных случаях неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, а также о том, что предстоит мне во время их проведения.
5. Я согласен(на) с тем, что в случаях, когда медицинские услуги оказаны с соблюдением установленных стандартов и требований, Исполнитель не несет ответственности за возникновение побочных эффектов и осложнений.
6. Я согласен(на) с тем, что для достижения ожидаемого результата лечения я должен выполнять все назначения, рекомендации медицинских работников Исполнителя.
7. Я извещен(на) о том, что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты и проводить другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не рекомендованных им лекарств.
8. Я добровольно, без какого-либо принуждения выражаю согласие с видами и объемом медицинских услуг, а также планом лечения.
9. Я ознакомлен(на) с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость медицинских услуг в соответствии с ним и условиями Договора.
10. Я проинформирован(на), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других медицинских организациях и подтверждаю свое согласие на получение платных медицинских услуг в ФГБУ «Детский медицинский центр».
11. Настоящее соглашение мною прочитано, и я ознакомлен(на) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на оказание медицинской помощи в предложенном объеме.
12. Я ознакомлен (ознакомлена) с Правилами внутреннего распорядка для посетителей поликлинических подразделений, установленными ФГБУ «Детский медицинский центр» (постоянная ссылка на правила - https://www.kdpmc.ru/wp-content/uploads/2017/05/Pravila_rasporadka_dla_posetiteley.pdf), и обязуюсь их соблюдать;

_____

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

_____

(подпись)

_____ 202_ г.

(дата оформления)

Приложение № 3
к договору об оказании платных медицинских услуг
№ _____от «____»_____202__г.

Приложение № 2
утверждено приказом Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от 12 ноября 2021 № 1051н

форма

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
«___ » _____ _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)
в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
«___ » _____ _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____
(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включённые в Перечень определённых видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утверждённый приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н[1] (далее – виды медицинских вмешательств, включённых в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

В **федеральном государственном бюджетном учреждении «Детский медицинский центр» Управления делами Президента Российской Федерации.**
(полное наименование медицинской организации)
Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)
в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включённых в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) его законного представителя , телефон)

_____ _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) *медицинского работника)*

«____» _____ _____
(дата оформления)

[1] Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный № 24082

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
от 23 апреля 2012 № 390н

ПЕРЕЧЕНЬ
ОПРЕДЕЛЁННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, НА КОТОРЫЕ ГРАЖДАНЕ ДАЮТ ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПРИ ВЫБОРЕ ВРАЧА И МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

Приложение № 4
к договору об оказании платных медицинских услуг
№ _____от «____»_____202_ _г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение
Детский медицинский центр
Управления делами Президента Российской Федерации

СОГЛАСИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ ПО КАНАЛАМ СВЯЗИ

Я, нижеподписавшийся _____
Ф.И.О
Наименование и реквизиты документа, подтверждающего личность пациента
Паспорт серия _____ номер_____ выдан _____
Иной документ _____
_____
Адрес регистрации_____
_____
Адрес фактический _____
_____
Являюсь законным представителем_____
_____
Ф.И.О. пациента, дата рождения
согласен на получение информационных, новостных и иных сообщений и предложений от Федерального государственного бюджетного учреждения «Детский медицинский центр» Управления делами Президента Российской Федерации путем предоставления по следующим каналам связи:

☐ Электронная почта, электронная рассылка по электронному адресу:
_____

☐ Смс-информирование*

☐ Телефонная связь (включая мобильную связь)*
Прошу считать актуальными следующий(-ие) номер(-а) телефона(ов):
_____

Не возражаю, чтобы при условии соблюдения конфиденциальности данных для осуществления рассылки привлекалось третье лицо – специализированная организация.

В случае изменения каких-либо контактных данных обязуюсь немедленно сообщить об этом в федеральное государственное бюджетное учреждение «Детский медицинский центр» Управления делами Президента Российской Федерации, в противном случае все риски, связанные с разглашением любой информации третьим лицам, несу самостоятельно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Федерального государственного бюджетного учреждения «Детский медицинский центр» Управления делами Президента Российской Федерации.

Подпись _____/ _____/ Дата_____
Ф.И.О

* *по телефонам, указанным в договоре, в настоящем документе либо сообщенным при обращении в Федеральное государственное бюджетное учреждение «Детский медицинский центр» Управления делами Президента Российской Федерации.*

Приложение № 5
к договору об оказании платных медицинских услуг
№ _____от «____»_____202__г.

П Р О Г Р А М М А

медицинского обслуживания по системе авансирования

Содержание программы	Стоимость медицинских услуг (в руб.)
Амбулаторно-поликлиническое обслуживание и вызов врача на дом на условиях предварительного авансирования	согласно прейскуранту медицинских услуг

Программой предусмотрено применение системы скидок к действующему прейскуранту в следующем размере:

- скидка 5 % предоставляется при внесении аванса в размере от 50 000 руб. с момента заключения договора и распространяется на весь срок его действия (при оказании услуг в период действия договора на сумму менее 150 000 руб., указанная скидка распространяется на следующий период);
- скидка 10 % предоставляется в следующем периоде обслуживания, если оказано медицинских услуг на сумму от 150 000 руб. до 249 999 руб., и распространяется на весь срок действия вновь заключаемого договора;*
- скидка 15 % предоставляется в следующем периоде обслуживания, если оказано медицинских услуг на сумму от 250 000 руб., и распространяется на весь срок действия вновь заключаемого договора;*

*** Данная система скидок применима в случае внесения аванса, который будет использован для оплаты оказанных услуг и сумма которого должна быть не менее 50 000,00 руб.**

1. ПРОГРАММА ВКЛЮЧАЕТ

1.1 Консультации врача-педиатра (по факту обращения) с определением плана необходимых медицинских мероприятий.

1.2 Приемы и консультации врачей- специалистов, диагностические исследования и лечебные процедуры (включая стоматологическую помощь, кроме ортодонтического лечения).

1.3 Выполнение необходимых лечебных и диагностических мероприятий.

1.4 Назначение и коррекция планового лечения пациентам при обострении хронических заболеваний.

1.5 Оказание медицинской помощи с выездом к пациенту врачами-педиатрами и бригадами ОСМП.

1.6 Оформление медицинской документации установленного образца (листок нетрудоспособности, рецепты, за исключением льготных).

2. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

2.1. Медицинская помощь не оказывается при травмах, ранениях и ожогах криминального характера.

2.2. ФГБУ «Детский медицинский центр» не осуществляет организацию исследований, проводимых другими лечебно-профилактическими учреждениями, а также госпитализацию в стационары.

2.3. Рецепты для льготного лекарственного обеспечения пациентам ФГБУ «Детский медицинский центр» не выписываются.

2.4. ФГБУ «Детский медицинский центр» оставляет за собой право пересматривать и изменять перечень платных медицинских услуг.

2.5. ФГБУ «Детский медицинский центр» осуществляет амбулаторно-поликлиническое обслуживание и вызов врача на дом на условиях предварительного авансирования, за исключением услуг облагаемых НДС.

2.6. При проведении стоматологических медицинских услуг оплата изготовления временных и постоянных конструкций в зуботехнической лаборатории осуществляется дополнительно путем 100% аванса, вне программы системы авансирования.

2.7. В случае перемены места жительства необходимо согласовать возможность обслуживания по но-

вому адресу на основании письменного заявления. При отсутствии согласования оказание помощи на дому пациенту не гарантировано.

ПРИМЕЧАНИЕ:

— Первичный прием - первый случай посещения пациентом медицинского центра с целью получения медицинской помощи по поводу острого или обострения хронического заболевания. Повторные случаи обострения хронического заболевания в году прикрепления каждый раз будут рассматриваться как вновь возникающий случай заболевания и первое посещение будет первичным приемом с лечебно-диагностической целью.

— Повторный прием - повторный случай посещения поликлиники в рамках одного случая заболевания к врачу той же специальности. При назначении лечащим врачом контрольного осмотра в году прикрепления, посещение будет повторным.

— Профилактический прием - все случаи поликлинического обслуживания, если в результате осмотра не выявлено заболевание: осмотр перед вакцинацией, осмотр для получения справок, диспансеризация.

— Консультация - прием пациента по направлению лечащего врача врачами различных специальностей по поводу уточнения диагноза, обследования, лечения или коррекции всей тактики ведения больного в случае, если пациент не нуждается в дальнейшем наблюдении врача данной специальности. Обращение пациента к врачу какой-либо специальности по направлению врача другой специальности для уточнения диагноза и/или лечения расценивается как первичный прием, в случае продолжения лечения врача данной специальности.

Приложение № 6
к договору об оказании платных медицинских услуг
№ _____от _____ г..

Перечень выполняемых (оказываемых) работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, указанных в едином реестре лицензий Федеральной службы по надзору здравоохранения, в рамках предоставляемых в соответствии с договором

По адресу: 109012, г. Москва, Старопанский переулок, д. 3, стр. 1 выполняемые работы, оказываемые услуги: При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:лечебной физкультуре; медицинскому массажу; реабилитационному сестринскому делу; рентгенологии; сестринскому делу; сестринскому делу в косметологии; сестринскому делу в педиатрии; физиотерапии; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; педиатрии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); аллергологии и иммунологии; гастроэнтерологии; дерматовенерологии; детской кардиологии; детской эндокринологии; косметологии; лечебной физкультуре; медицинской реабилитации; медицинской статистике; неврологии; нефрологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; психиатрии; психотерапии; рентгенологии; рефлексотерапии; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; функциональной диагностике; эндоскопии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: гастроэнтерологии; детской эндокринологии; лечебной физкультуре; медицинской реабилитации; медицинской статистике; неврологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; рефлексотерапии; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; функциональной диагностике; эндоскопии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе качества медицинской помощи; При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам профилактическим.

По адресу: 109012, г. Москва, Старопанский переулок, д. 3, стр. 2, выполняемые работы, оказываемые услуги: При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:вакцинации (проведению профилактических прививок); рентгенологии;сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; стоматологии ортопедической; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); общей врачебной практике (семейной медицине); организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; педиатрии; терапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: дерматовенерологии; детской урологии-андрологии; детской хирургии; диетологии; инфекционным болезням; клинической фармакологии; медицинской статистике; неврологии; нефрологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; ортодонтии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; рентгенологии; спортивной медицине; стоматологии детской; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; фтизиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; стоматологии детской; стоматологии хирургической; При оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации по: скорой медицинской помощи; при оказании скорой специализированной медицинской помощи вне медицинской организации (в том числе выездными экстренными консультативными бригадами скорой медицинской помощи), по: педиатрии; при оказании скорой медицинской помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; скорой медицинской помощи; при оказании скорой специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе качества медицинской помощи; При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по:медицинским осмотрам профилактическим.

По адресу: 109012, г. Москва, Старопанский переулок, д. 3, стр. 3 выполняемые работы, оказываемые услуги: При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лабораторной диагностике; рентгенологии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: клинической лабораторной диагностике; рентгенологии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе качества медицинской помощи; При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам профилактическим.

По адресу: 109012, г Москва, пер Богоявленский, д. 3 стр. 3 выполняемые работы, оказываемые услуги: При оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; скорой медицинской помощи; при оказании скорой специализированной медицинской помощи вне медицинской организации (в том числе выездными экстренными консультативными бригадами скорой медицинской помощи), по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; педиатрии; при оказании скорой медицинской помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; скорой медицинской помощи; при оказании скорой специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; педиатрии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе качества медицинской помощи; При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым).
По адресу: 119002, г. Москва, Денежный переулок, д. 12, 5 этаж, помещение I, комнаты №№ 1-8 выполняемые работы, оказываемые услуги: При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: стоматологии ортопедической.
По адресу: 129075, г. Москва, ул. Цандера, д. 5, стр. 1 выполняемые работы, оказываемые услуги: При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; медицинскому массажу; рентгенологии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; физиотерапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; педиатрии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: детской урологии-андрологии; детской хирургии; диетологии; клинической лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; медицинской реабилитации; медицинской статистике; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; ортодонтии; рентгенологии; спортивной медицине; стоматологии детской; стоматологии хирургической; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: клинической лабораторной диагностике; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; рентгенологии; стоматологии детской; стоматологии хирургической; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе качества медицинской помощи; При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам профилактическим.
По адресу: 129075, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Останкинский, ул Цандера, д. 5 стр. 2 выполняемые работы, оказываемые услуги: При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; медицинскому массажу; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; физиотерапии; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); аллергологии и иммунологии; гастроэнтерологии; дерматовенерологии; детской кардиологии; детской эндокринологии; инфекционным болезням; клинической фармакологии; лечебной физкультуре; медицинской реабилитации; медицинской статистике; неврологии; нефрологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; психиатрии; психотерапии; рефлексотерапии; спортивной медицине; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; фтизиатрии; функциональной диагностике; эндоскопии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе качества медицинской помощи; При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам профилактическим.

Приложение № 7
к договору об оказании платных медицинских услуг
№_____ от _____

Согласие
на предоставление платных медицинских услуг
и осуществление медицинских вмешательств
в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта
медицинской помощи

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
«___ » _____ _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

в отношении: _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

настоящим даю согласие на предоставление **ФГБУ «Детский медицинский центр»** платных медицинских услуг и осуществление медицинских вмешательств в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

Перед дачей данного согласия мне разъяснены положения п. 11 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 30.05.2026г. № 659 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», согласно которому платные медицинские услуги предоставляются с учетом номенклатуры медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию потребителя и заказчика (в случае если договор заключен заказчиком в пользу потребителя).

Пациент/законный представитель:
_____/_____
подпись пациента или его законного представителя ФИО

_____(дата)