



**"АЛРОСА" акционерная компания** Акционерная компания "АЛРОСА" **ALROSA**  
(аһаһас акционерная уопсастыба) (публичное акционерное общество) Public Joint Stock Company  
**Медицинский центр АК «АЛРОСА» (ПАО)**

## ПРИКАЗ

« 13 » января 2023 г.

г. Мирный

№ 02-МЕД-01/5-Т

### Об утверждении Порядка оказания платных медицинских услуг Медицинском центре АК «АЛРОСА» (ПАО)

В целях совершенствования порядка оказания платных медицинских услуг в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 года №1006-ПП «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» и другими нормативно-правовыми актами, регулирующими данный вид деятельности,

#### ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить и ввести в действие с 16 января 2023 года:
  - 1.1. Положение о Порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг в Медицинском центре АК «АЛРОСА» (ПАО) (приложение № 1);
  - 1.2. Договор на оказание платных медицинских услуг, заключаемого с потребителем/заказчиком (приложение № 2);
  - 1.3. Согласие пациента на обработку персональных данных (приложение № 3);
  - 1.4. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (приложение № 4);
  - 1.5. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (эндоскопия) (приложение № 5);
  - 1.6. Отказ от медицинского вмешательства (приложение № 6).
2. Назначить ответственными за осуществление платных медицинских услуг в части:
  - 2.1. организации, планирования и контроля за предоставлением платных медицинских услуг – первого заместителя директора;
  - 2.2. обеспечения качества оказания платных медицинских услуг в структурных подразделениях/отделениях Медицинского центра АК «АЛРОСА» (ПАО) - заместителя директора по организационно-методической работе;
  - 2.3. обеспечения контроля качества предоставления платных медицинских услуг – главного специалиста – председателя врачебной комиссии;
  - 2.4. организации и обеспечения статистического учета и отчетности Медицинского центра АК «АЛРОСА» (ПАО) – заместителя директора по организационно-методической работе;
  - 2.5. предоставления справок для получения налогового вычета – сотрудников единого центра сопровождения, отдела реализации медицинских услуг;
  - 2.6. заключения и подписания договоров на оказание платных услуг, актов о выполненных работах с потребителями – заведующих отделениями/здравпунктами, лечащих

врачей/фельдшеров, сотрудников единого центра сопровождения, отдела реализации медицинских услуг, с заказчиками - сотрудников единого центра сопровождения, отдела реализации медицинских услуг.

3. Начальникам/заведующим отделений обеспечить:

3.1. предоставление платных медицинских услуг потребителям/заказчикам строго на добровольной основе по оказанию бесплатной медицинской помощи в объеме Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам России бесплатной медицинской помощи;

3.2. информирование персонала Медицинского центра АК «АЛРОСА» (ПАО) в части нормативных документов, регламентирующих правил и условий предоставления платных медицинских услуг гражданам и организациям;

3.3. выполнение требований, условий предоставления платных медицинских услуг гражданам в подведомственных подразделениях.

4. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

**И.о. директора**



**Е.О. Вахитов**

УТВЕРЖДЕНО

приказом Медицинского центра

АК «АЛРОСА» (ПАО)

« 13 » января 2023г.

№ 02-МЕД-01/5-Т

(приложение №1)

## ПОЛОЖЕНИЕ

о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг в Медицинском центре АК «АЛРОСА» (ПАО)

### 1. Общие положения

1.1. Положение разработано в соответствии с Конституцией РФ, Гражданским кодексом РФ, Законом от 6 октября 2003 г. № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации», Законом от 7 февраля 1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей», Законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Законом от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», постановлением Правительства РФ от 4 октября 2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» и другими нормативно-правовыми актами, регулирующими данный вид деятельности.

1.2. В настоящем Положении используются следующие понятия:

1.2.1. **Платные медицинские услуги** - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования (далее - Договор).

1.2.2. **Медицинская услуга** - мероприятие или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику, лечение и реабилитацию, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость.

1.2.3. **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 от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

1.2.4. **Заказчик** - физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя.

1.2.5. **Исполнитель** - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги потребителям.

1.3. Настоящее Положение определяет порядок и условия предоставления услуг, оказываемых на платной основе в медицинской организации - Медицинский центр АК «АЛРОСА» (ПАО) (далее - Исполнитель), в целях:

- более полного удовлетворения потребности потребителя (заказчика) в качественной медицинской помощи сверх установленных видов и объемов медицинских услуг, установленных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программой государственных



гарантий оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемых ежегодно в установленном порядке (далее – соответственно Программа), Территориальная программа) и (или) не финансируемых за счет средств бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования;

- привлечения дополнительных финансовых средств для материально-технического развития Исполнителя;
- упорядочения процесса оказания медицинских услуг на платной основе.

1.4. Платные медицинские услуги – это медицинские услуги, которые в соответствии с действующим законодательством предоставляются:

- за счет личных средств потребителя (заказчика);
- за счет страховых взносов на добровольное медицинское страхование по программам добровольного медицинского страхования;
- за счет средств предприятий, учреждений, организаций и иных источников, не запрещенных законодательством.

Платные медицинские услуги предоставляются на основании добровольного волеизъявления потребителя (заказчика) услуг при условии предоставления в доступной форме необходимой информации о возможности получения бесплатной медицинской помощи (медицинской услуги, работы) в рамках Программы, Территориальной программы, а также целевых программ.

1.5. Платные медицинские услуги оказываются Исполнителем на основании Лицензии НЛО-14-01-000163-22 от "11" ноября 2022 г. на следующие виды медицинской деятельности, согласно реестра внутрифирменных цен Медицинского центра АК «АЛРОСА» (ПАО) по разовым заявкам утвержденного Компанией.

1.6. Исполнитель самостоятельно в соответствии с Лицензией, действующими законодательными и иными нормативными актами федерального, регионального и ведомственного уровня определяет возможность оказания платных услуг в зависимости от материальной базы, численного и квалификационного состава персонала, спроса на услуги и других условий.

## **2. Условия предоставления платных медицинских услуг**

2.1. Платные медицинские услуги предоставляются:

- населению за счет личных средств потребителя (заказчика);
- по программам добровольного медицинского страхования в соответствии с действующим законодательством РФ;
- по договорам с организациями, а также предпринимателями без образования юридического лица – в отношении граждан.

2.2. Исполнитель имеет право предоставлять платные медицинские услуги на иных условиях, чем предусмотрено Программой, Территориальной программой, а также целевыми программами (при недопущении ухудшения условий оказания медицинской помощи лицам, имеющим право на бесплатную медицинскую помощь), по желанию потребителя (заказчика), в том числе:

- 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 данный перечень;
- при предоставлении медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством;



- гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам России, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию (если иное не предусмотрено международными договорами России);

- при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг (за исключением случаев и порядка, предусмотренных ст. 21 Закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также оказания скорой, в т.ч. специализированной, медицинской помощи и медицинской помощи в неотложной или экстренной форме);

- добровольное желание потребителя (заказчика) получить медицинскую помощь с повышенным уровнем бытового обслуживания.

2.3. При оказании платных медицинских услуг Исполнителем соблюдаются порядки оказания медицинской помощи, а именно:

2.3.1. Оказание платных медицинских услуг осуществляется в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, консультации и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

### **3. Порядок предоставления платных медицинских услуг**

3.1. Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям заключенного договора с потребителем (заказчиком), а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.

3.2. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия потребителя (заказчика) (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан. Если при предоставлении платных медицинских услуг необходимо оказание дополнительных платных медицинских услуг, которые не предусмотрены договором, об этом необходимо предупредить потребителя (заказчика) (законного представителя потребителя). Без его согласия предоставлять такие услуги Исполнитель не вправе.

3.3. Исполнитель обязан обеспечить потребителя (заказчика) достоверной, доступной и бесплатной информацией, включающей в себя сведения о Медицинской организации:

- месте ее нахождения;
- сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности;
- перечень платных медицинских услуг с указанием их стоимости (тарифов);
- порядок и условия их предоставления и оплаты;
- сведения о режиме работы медицинской организации (подразделений, кабинетов);
- сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;
- форма договора;
- права, обязанности, ответственность потребителя (заказчика) и Исполнителя;
- контактные телефоны администрации Исполнителя и лиц, ответственных за предоставление платных медицинских услуг;

- иная информация в соответствии с Законом «О защите прав потребителей».

посредством размещения на информационных стендах (стойках) организации (на стендах, плакатах, размещенных в общедоступных местах), с постоянным внесением изменений в эти перечни.

3.4. Исполнитель предоставляет потребителю (заказчику) (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- о состоянии его здоровья (в т. ч. 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.

3.5. Исполнитель обязан обеспечивать предусмотренное законодательством соответствие предоставляемых медицинских услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации. При оказании медицинских услуг (работ) Исполнителем должны применяться:

- лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, иные расходные материалы, изделия медицинского назначения, зарегистрированные в России;
- методы профилактики, диагностики, лечения, реабилитации, медицинские технологии, разрешенные к применению в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;
- установленные федеральные и региональные стандарты оказания медицинской помощи.

3.6. Предоставление платных медицинских услуг Исполнителем осуществляется только при наличии:

- лицензии на медицинскую деятельность по видам услуг (работ), перечень которых определяется Правительством Российской Федерации;
- реестра внутрифирменных цен Медицинского центра АК «АЛРОСА» (ПАО) по разовым заявкам утвержденного Компанией.

3.7. Платные медицинские услуги оказываются Исполнителем на основе договоров, который заключается в простой письменной форме и содержит конкретные условия оказания медицинских услуг, которые должны быть доведены до сведения потребителя услуг в доступной форме:

Договор должен содержать:

3.7.1. Сведения об Исполнителе.

3.7.2. Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дату 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.

3.7.3. 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.

3.7.4. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором.

3.7.5. Стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты.

3.7.6. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг.



3.7.7. Должность, фамилию, имя, отчество (если имеется) лица, заключающего договор от имени исполнителя, 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.

3.7.8. Ответственность сторон за невыполнение условий договора.

3.7.9. Порядок изменения и расторжения договора.

3.7.10. Иные условия, определяемые по соглашению сторон.

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

3.9. На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета или указан перечень оказываемых медицинских услуг. Их составление по требованию потребителя (заказчика) или Исполнителя является обязательным, при этом они являются неотъемлемой частью договора.

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

3.11. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются 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 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

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

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

3.14. При оказании платных медицинских услуг в установленном порядке заполняется медицинская документация. При этом на медицинской карте амбулаторного больного делается запись о том, что услуга оказана на платной основе. Отказ пациента от предложенной ему возможности получения данного вида медицинской помощи на бесплатной основе при наличии таковой в Программе, Территориальной программе, целевых программах фиксируется письменно в договоре об оказании платных медицинских услуг.

3.15. Исполнителем 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.

3.16. В случае несоблюдения Исполнителем обязательств по срокам исполнения услуг, потребитель (заказчик) вправе по своему выбору:

- назначить новый срок оказания услуги;
- потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги;
- потребовать исполнения услуги другим специалистом;
- расторгнуть договор и потребовать возмещения убытков.

3.17. При предоставлении платных медицинских услуг сохраняется установленный режим работы Исполнителя, при этом не должны ухудшаться доступность и качество медицинской помощи, оказываемой по Программе, Территориальной программе, а также целевым программам.

3.18. Предоставление платных медицинских услуг в основное рабочее время допускается, если условия работы за счет интенсивного труда позволяют оказывать платные медицинские услуги без ущерба для оказания бесплатной медицинской помощи. Недопустимо искусственное создание очередей с целью вынуждения граждан обращаться за платной помощью.

3.19. Договоры могут быть заключены на платное комплексное медицинское обслуживание организаций и граждан.

3.20. 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 от 27.11.1992 N 4015-1 "Об организации страхового дела в Российской Федерации".

3.21. В договоре, квитанции или ином бланке строгой отчетности или кассовом чеке отражается стоимость услуги согласно действующему в медицинской организации реестру внутрифирменных цен Медицинского центра АК «АЛРОСА» (ПАО) по разовым заявкам утвержденного Компанией.

#### **4. Организация оказания платных медицинских услуг Исполнителем**

4.1. Предоставление платных медицинских услуг Исполнителем регламентируется действующими нормативно-правовыми актами России, настоящим Положением и иными локальными актами Исполнителя.

4.2. Договоры с организациями об оказании медицинской помощи хранятся в отделе реализации медицинских услуг в течение пяти лет с последующей сдачей их в архив на хранение, договоры с гражданами об оказании амбулаторной медицинской помощи и об оказании лабораторных услуг хранятся в медицинской карте амбулаторного больного.

4.3. Пациент, желающий получить платные медицинские услуги, обращается в регистратуру/единый центр сопровождения к медицинскому регистратору/специалисту единого центра сопровождения или администратору для ознакомления с условиями предоставления и получения платных услуг. При согласии пациента на платное обследование и лечение в регистратуре/единого центра сопровождения оформляется информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, согласие на обработку персональных данных, медицинская карта амбулаторного больного и его направляют к врачу-специалисту.



4.4. По результатам оказания платных медицинских услуг оформляется акт о выполненных работах, а по результатам лечения и обследования амбулаторного больного выдается выписка из его медицинской карты.

По окончании оказания пациенту платной медицинской услуги ему выдается медицинское заключение установленной формы.

4.5. При работе с организациями представитель организации совместно с уполномоченными Исполнителя заместителями директора по профилю готовит пакет необходимых документов для заключения договора. После подписания договора и оплаты в порядке, предусмотренном условиям договора выполняются соответствующие услуги с последующим оформлением акта о выполненных работах и другой необходимой документации.

4.6. Исполнитель обязан при оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

4.7. Назначить курирующих лиц за оказание услуг на платной основе:

а) в целом за организацию, планирование и контроль за предоставлением платных медицинских услуг – первого заместителя директора;

б) за обеспечение качества оказания платных медицинских услуг в структурных подразделениях (отделениях Медицинского центра АК «АЛРОСА» (ПАО)) - заместителя директора по организационно-методической работе;

в) за обеспечение контроля качества предоставления платных медицинских услуг – главного специалиста – председателя врачебной комиссии;

г) за организацию и обеспечение статистического учета и отчетности Исполнителем – заместителя директора по организационно-методической работе;

д) выписку справок о получении налогового вычета – отдел реализации медицинских услуг или сотрудники единого центра сопровождения.

е) за непосредственную организацию, обеспечение предоставления и контроль за качеством услуг в соответствии с установленным уровнем контроля качества, ведением предметного учета и отчетности по оказанным платным медицинским услугам – первого заместителя директора;

ж) за заключение и подписание договоров на оказание платных услуг, актов о выполненных работах с потребителями – заведующие (отделениями, здравпунктами), лечащие врачи/фельдшера, сотрудники единого центра сопровождения, отдела реализации медицинских услуг, с заказчиками - отдел реализации медицинских услуг или сотрудники единого центра сопровождения.

4.8. Начальникам/заведующим отделений обеспечивать предоставление платных медицинских услуг потребителям/заказчикам строго на добровольной основе по оказанию бесплатной медицинской помощи в объеме Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам России бесплатной медицинской помощи.

4.9. Начальникам/заведующим отделений довести до сведения персонала Исполнителя нормативные документы, регламентирующие правила и условия предоставления платных медицинских услуг гражданам и организациям.

4.10. Начальникам/заведующим отделений обеспечить выполнение требований, условий предоставления платных медицинских услуг гражданам в подведомственных подразделениях.

## **5. Взаимодействие Исполнителя со страховыми медицинскими организациями при реализации программ добровольного медицинского страхования**

5.1. Оказание медицинских услуг на платной основе Исполнителем по программам добровольного медицинского страхования осуществляется работникам дочерне зависимых обществ АК «АЛРОСА» (ПАО) (далее – ДЗО) по гарантийным письмам от предприятий.

5.2. Оказание медицинских услуг, осуществляемых по программам добровольного медицинского страхования, не должно ущемлять прав граждан на получение ими бесплатной медицинской помощи в объеме Программы, Территориальной программы, целевых программ.

## **6. Расчеты при оказании платных медицинских услуг**

6.1. Оплата оказанных платных медицинских услуг осуществляется потребителями по безналичному или наличному расчету.

Оплата оказанных платных медицинских услуг производится страховыми компаниями, работающими в системе добровольного медицинского страхования, и организациями на основании и условиях, определенных в договорах на предоставление медицинских услуг, в соответствии с утвержденными в установленном порядке ценами и тарифами.

Расчеты с населением за предоставление платных услуг осуществляются через кассу либо учреждения банков.

6.2. При наличном расчете Исполнитель использует бланк (Приходный кассовый ордер), являющийся документом строгой отчетности, утвержденный постановлением Госкомстата России.

Исполнитель обязан выдать потребителю/заказчику квитанцию к приходному кассовому ордеру, также кассовый чек, который является подтверждением расчета Потребителя/заказчика с Исполнителем.

6.3. При безналичном расчете Исполнитель обязан выдать Потребителю/заказчику документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (чек терминала (слип) и кассовый чек.

6.4. Потребитель/заказчик вправе предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением условий договора, либо об обоснованном возврате денежных средств за оказанные услуги, что оформляется в установленном порядке (заявление с указанием причины возврата, акт или другие документы) с последующим возвратом им денежных средств.

## **7. Прейскурант медицинских услуг**

7.1. Прейскурант Медицинского центра АК «АЛРОСА» (ПАО) для сторонних потребителей (физические и юридические лица), дочерних обществ формируется в соответствии с «Положением о внутрифирменных ценах» АК «АЛРОСА» (ПАО).

7.2. Прейскурант платных услуг Исполнителя включает все медицинские и иные услуги, которые Исполнитель вправе оказывать за плату.

## **8. Ответственность при предоставлении платных медицинских услуг**



8.1. Исполнитель несет ответственность перед потребителем (заказчиком) за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории России, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни граждан в соответствии с действующим законодательством. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение медицинской услуги, оказанной на платной основе, если докажет, что это произошло вследствие обстоятельств непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

8.2. Претензии и споры, возникающие при предоставлении Исполнителем платных медицинских услуг населению, рассматриваются в соответствии с действующим законодательством.

8.3. Контроль за организацией и качеством оказания платных медицинских услуг, а также ценами и порядком взимания денежных средств с граждан осуществляет и несет за это персональную ответственность руководитель Исполнителя.

8.4. За не предоставление Исполнителем статистической информации об объемах платных услуг населению либо за ее искажение исполнитель услуги несет административную ответственность, предусмотренную законодательством.

## **9. Контроль за предоставлением платных медицинских услуг**

9.1. Контроль за организацией и качеством выполнения платных медицинских услуг населению, а также правильностью взимания платы с населения осуществляют в пределах своей компетенции государственные органы и организации, на которые в соответствии с законодательством возложена проверка деятельности медицинских учреждений.

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

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

## **10. Заключительная часть**

10.1. Исполнитель имеет право дополнять и изменять отдельные статьи данного Положения, если эти дополнения и изменения не противоречат действующему законодательству.

10.2. Настоящее Положение вступает в силу с момента его утверждения и действует бессрочно.

УТВЕРЖДЕН  
приказом Медцентра  
АК «АЛРОСА» (ПАО)

«13» января 2023г.

№ 02-МЕД-01/5Т

(приложение 2)

## ДОГОВОР

на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_

Акционерная компания "АЛРОСА" (публичное акционерное общество), свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ о юридическом лице, зарегистрированном до 01.07.2002 г., серия 14 № 000724010 от 17.07.2002 г., выданное Межрайонной инспекцией МНС России №1 по Республике Саха (Якутия), расположенная по адресу: Республика Саха (Якутия), ул. Ленина 6, именуемая в дальнейшем ИСПОЛНИТЕЛЬ, в лице Борисовой Елены Афрахимовны, действующего (-ей) на основании доверенности \_\_\_\_\_ одной стороны, и гражданин РФ Тестовый Пациент Тест, 19.01.1990 года рождения, паспорт серия 22 33 № 123265, выдан Якутск, именуемый (-ая) в дальнейшем Потребитель, с другой стороны, далее именуемые Стороны, договорились о нижеследующем:

### 1. Предмет договора

По настоящему Договору Исполнитель оказывает Потребителю медицинские услуги по своему профилю деятельности в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности от 11.11.2022 года № ЛО-14-01-000163-22, выданной отделом лицензирования Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия), г. Якутск, ул. Лермонтова 121, телефон 8 411 239 83 16, 8 411 250 63 69, согласно Прейскуранту на платные медицинские услуги (далее – Прейскурант), утвержденным в установленном порядке, а Потребитель обязуется оплатить оказанные услуги.

1.1. В соответствии с Лицензией на осуществление медицинской деятельности на объекте:

1.2. Медицинские услуги предоставляются в соответствии со стандартами медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, утвержденными в установленном порядке федеральными органами исполнительной власти.

1.2.1. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, перечень которых будет являться Приложением №1 к настоящему Договору, являющегося его неотъемлемой частью.

1.3. Перечень медицинских услуг, оказываемых Потребителю в соответствии с настоящим Договором, определяется в Приложении №2, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.4. Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

- ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от «04» октября 2012 г. №1006);
- ознакомил его с действующим в Медицинском центре АК «АЛРОСА» (ПАО) Прейскурантом на платные медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;
- информирован о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

1.5. Подписав настоящий Договор, Потребитель подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

1.6. Срок предоставления медицинских услуг осуществляется с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_.

### 2. Обязанность сторон

#### 2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых платных медицинских услуг (Приложение № 2, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора).

2.1.2. Качественно оказать медицинские услуги, отвечающие требованиям безопасности, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим Договором с соблюдением порядков и стандартов оказания медицинских услуг, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.1.3. Предоставить Потребителю достоверную, доступную информацию о предоставляемых услугах.

2.1.4. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.

2.1.5. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством Российской Федерации порядке (амбулаторную карту и т.д.), а также учетные и отчетные статистические формы, порядок и сроки их представления.

2.1.6. Немедленно извещать Потребителя о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.1.7. 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.



2.1.8. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются 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".

2.1.9. После исполнения договора выдать потребителю (законному представителю потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

2.1.10. По требованию Потребителя предоставляет потребителю (законному представителю потребителя) 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.

2.1.11. По заявлению Потребителя составить смету.

## **2.2. Потребитель обязуется:**

2.2.1. Оплатить предоставленные Исполнителем медицинские услуги, перечень которых указан в Приложении №2, до начала их оказания, согласно Прейскуранту, и в порядке, определенном разделом 3 настоящего Договора.

2.2.2. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору.

2.2.3. Предоставить Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

2.2.4. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору.

2.2.5. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников, оказывающих медицинские услуги по настоящему Договору, в том числе соблюдать указания медицинского учреждения, предписанные на период после оказания услуг.

2.2.6. При предоставлении медицинских услуг сообщать Исполнителю (медицинскому работнику) о любых изменениях самочувствия.

2.2.7. Отказаться на весь период предоставления медицинских услуг по настоящему Договору, от употребления наркотиков и лекарств, их содержащих, психотропных препаратов, алкогольсодержащих напитков.

2.2.8. Не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с Исполнителем (медицинским работником) употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав и т. д.

2.2.9. Соблюдать график приема медицинских работников, предоставляющих медицинские услуги по настоящему Договору.

2.2.10. Соблюдать внутренний режим нахождения в Медицинском центре АК «АЛРОСА» (ПАО), лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

2.2.11. Соблюдать Положения о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг в Медицинском центре АК «АЛРОСА» (ПАО).

2.3. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора.

## **3. Цена и порядок оплаты услуг**

3.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителем согласно п. 1.3. настоящего Договора, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом, и составляет \_\_\_\_\_ рублей.

3.2. Стоимость платных медицинских услуг по настоящему Договору определяется по Прейскуранту, действующему на момент заключения настоящего Договора, и остается неизменной в течение всего срока действия Договора.

3.3. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Потребителем до начала оказания услуг в кассе Медицинского центра. Потребителю после оплаты медицинских услуг выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставляемых медицинских услуг, установленного образца.

3.4. Датой оплаты стоимости услуг считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или день внесения денежных средств в кассу Исполнителя.

## **4. Ответственность сторон**

4.1. За несвоевременное исполнение Потребителем обязательств по оплате Компания вправе потребовать оплаты неустойки, в размере 1/180 ключевой ставки Банка России от суммы задолженности, за каждый день просрочки платежа.

4.2. За несвоевременное исполнение обязательств по оказанию услуг Потребитель вправе потребовать оплаты неустойки, в размере 1/180 ключевой ставки Банка России за каждый день просрочки исполнения.

4.3. За неисполнение или ненадлежащее исполнение иных обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

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

## **5. Порядок разрешения споров**

5.1. Стороны договариваются о том, что споры и разногласия по настоящему договору будут решаться путем переговоров. Споры, не урегулированные методом переговоров, в том числе возникающие при заключении и исполнении договора, рассматриваются в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации, при этом предусматриваются досудебный (претензионный) порядок урегулирования споров путем

предъявления претензий, срок рассмотрения которых 30 дней с момента получения.

#### 6. Другие условия

6.1. В случае отказа потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует потребителя о расторжении договора по инициативе потребителя, при этом потребитель оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

6.2. Изменение и расторжение договора возможны по соглашению сторон, за исключением случаев, когда законодательством предусмотрена императивная норма об одностороннем расторжении согласно п.2 ст.450 Гражданского Кодекса РФ.

6.3. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания Сторонами, скрепления печатью подписи Исполнителя и действует до полного исполнения обязательств Сторонами. Настоящий Договор должен быть в обязательном порядке подписан уполномоченными представителями и скреплен печатью Исполнителя. В случае несоблюдения данного требования настоящий Договор считается незаключенным и не порождает правовых последствий для Сторон.

6.4. Все изменения и дополнения к настоящему Договору в период его действия допускаются по заявлению одной из Сторон путем заключения Сторонами дополнительного соглашения.

6.5. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.

#### 7. Адреса и банковские реквизиты Сторон

##### Исполнитель

**АК «АЛРОСА» (ПАО) Медицинский центр**  
Юр. Адрес: 678174, Республика Саха (Якутия) г.  
Мирный, ул. Ленина, д.6  
Почт. адрес: 678175, Республика Саха  
(Якутия) г. Мирный, ул. Тихонова, д.1А  
ИНН 1433000147 КПП 99750001 / 143345007  
ОГРН – 1021400967092 Филиал Банка ВТБ (ПАО) в  
г. Москве, р/с 40702810400060000066  
К/с 30 101 810 700 000 000 187  
БИК 044525187

( Борисова Е.А. )

##### Потребитель

Адрес: г. Мирный ул. Тестовая, д.тест  
Паспорт: № 123265 серия 22 33  
Выдан: Якутск  
Телефон: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
( Тестовый П.Т. )



**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств,  
включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств,  
на которые граждане дают информированное добровольное согласие  
при выборе врача и медицинской организации для получения  
первичной медико-санитарной помощи**

Я, \_\_\_\_\_ *Тестовый Пациент Тест*  
(Ф.И.О. гражданина)

19.01.1990 г. рождения, зарегистрированный по адресу:

\_\_\_\_\_ *г. Мирный ул. Тестовая, д тест*

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

\_\_\_\_\_ (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником: \_\_\_\_\_ *врач-терапевт, Горохов Виктор Афанасьевич*  
(должность, Ф.И.О. 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, включенных 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” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, 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)

\_\_\_\_\_ *Тестовый Пациент Тест.*

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

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ *Тестовый Пациент Тест*

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ *Горохов Виктор Афанасьевич*

(Ф.И.О. медицинского работника)

\_\_\_\_\_ (дата оформления)

УТВЕРЖДЕНО  
приказом Медцентра  
АК «АЛРОСА» (ПАО)  
от « 13 » января 2023 г.  
№ 02-ССЕЭД-01/3-Т  
(приложение 3)

Медицинский центр АК «АЛРОСА» (ПАО)  
678174, Республика Саха (Якутия), Мирнинский район, г. Мирный, улица Тихонова, д.1А  
тел. 8(41136) 99-000, доб. 42668, доб. 43922 E-mail: Medcenter@alrosa.ru

### СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

проживающий по адресу \_\_\_\_\_  
(по месту регистрации)

Паспорт серия и номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_  
(дата, название выдавшего органа)

в соответствии с требованиями Ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку Медицинским центром АК «АЛРОСА» (ПАО) (далее – МЦ АК «АЛРОСА» (ПАО)), находящейся по адресу: 678175, Республика Саха (Якутия), улус Мирнинский, г. Мирный, ул. Тихонова, д. 1А., идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) 1433000147, основной государственный регистрационный номер (ОГРН) 1021400967092 (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, год, месяц, дату рождения, место рождения, адрес регистрации/проживания, контактный телефон, семейное положение, образование, профессия, социальное положение, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, 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.

Информационный ресурс оператора, посредством которого будет осуществляться предоставление доступа к неограниченному кругу лиц и иные действия с персональными данными субъекта персональных данных сервер 10.0.9.67 D:\HOST\_MIS\mis\_Alrosa\_ClientBin

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи в подразделениях Медицинского центра АК «АЛРОСА» (ПАО) я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Руководствуясь ч. 3 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" заявляю о своем согласии на разглашение в форме передачи сведений, составляющих врачебную тайну представителям моего работодателя для целей осуществления расчетов за оказанные медицинские услуги, а именно сведения о факте обращения за медицинской помощью, о видах и количествах оказанных медицинских услуг.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные 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).

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет для стационара, пять лет – для поликлиники. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Указываю категории и перечень персональных данных \_\_\_\_\_, для обработки которых устанавливаю условия и запреты \_\_\_\_\_ (заполняется по желанию субъекта персональных данных);

Указываю условия, при которых полученные персональные данные могут передаваться оператором, осуществляющим обработку персональных данных, только по его внутренней сети, обеспечивающей доступ к информации лишь для строго определенных сотрудников, либо с использованием информационно-телекоммуникационных сетей, либо без передачи полученных персональных данных \_\_\_\_\_ (заполняется по желанию субъекта персональных данных);

Настоящее согласие дано мной « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

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. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактная информация:

Номер телефона +7 ( [ ] [ ] [ ] ) [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] - [ ] [ ]

Адрес электронной почты \_\_\_\_\_

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.



УТВЕРЖДЕНО  
приказом Медцентра  
АК «АЛРОСА» (ПАО)  
от « 13 » января 2023 г.  
№ 02-МЕД-01/5-Т  
(приложение 4)

### 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, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н <1> (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (*ненужное зачеркнуть*) в

Медицинском центре АК «АЛРОСА» (ПАО), 678174, Республика Саха (Якутия), Мирнинский район, г. Мирный, улица Тихонова, д.1А, тел. 8(41136) 99-000, доб. 42668, доб. 43922 E-mail: Medcenter@alrosa.ru, ИНН 1433000147, ОГРН 1021400967092  
(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, включенных 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".

Руководствуясь ч. 3 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" заявляю о своем согласии на разглашение в форме передачи сведений, составляющих врачебную тайну представителям моего работодателя для целей осуществления расчетов за оказанные медицинские услуги, а именно сведения о факте обращения за медицинской помощью, о видах и количествах оказанных медицинских услуг.

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) гражданина или его законного представителя, телефон)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

" " \_\_\_\_\_ Г.  
(дата оформления)

УТВЕРЖДЕНО  
приказом Медцентра  
АК «АЛРОСА» (ПАО)  
от « 13 » апреля 2023 г.  
№ 02-МЕД-01/5-Л  
(приложение 5)

Медицинский центр АК «АЛРОСА» (ПАО)  
678174, Республика Саха (Якутия), Мирнинский район, г. Мирный, улица Тихонова, д.1А  
тел. 8(41136) 99-000, доб. 42668, доб. 43922 E-mail: Medcenter@alrosa.ru

## Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (эндоскопия)

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество - полностью)  
\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я,

паспорт: \_\_\_\_\_ выдан: \_\_\_\_\_  
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного  
недееспособным: \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие и прошу о проведении мне (представляемому мной лицу) следующего(их) исследования(й) и манипуляции(й) (*выбранное подчеркнуть*):

**Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС/ФГДС) Биопсия при проведении ЭГДС\***

**Ректороманоскопия диагностическая**

**Анестезиологическое пособие: - S. Lidocaini 10%**

*\*При наличии/возникновении медицинских показаний, в том числе экстренных, выявившихся во время исследования; решение о необходимости данной и/или дополнительных манипуляций может быть принято врачом-эндоскопистом самостоятельно.*

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, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Руководствуясь ч. 3 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" заявляю о своем согласии на разглашение в форме передачи сведений, составляющих врачебную тайну представителям моего работодателя для целей осуществления расчетов за оказанные медицинские услуги, а именно сведения о факте обращения за медицинской помощью, о видах и количествах оказанных медицинских услуг. 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. N 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) гражданина или его законного представителя, телефон)

Настоящим подтверждаю, что:

- Я ознакомлен (ознакомлена) с характером предстоящего(их) мне (представляемому) исследования(й) и манипуляции(й), а также о том, что мне (представляемому) предстоит делать во время их проведения.

- Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе вышеуказанных исследований/манипуляций, и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

- Мне разъяснено, и я осознаю, что объем и качество полученной при эндоскопическом исследовании информации во многом зависит от результата проведенной мной самостоятельно подготовки согласно заранее представленным мне рекомендациям.

- Я понимаю, что вследствие значительного разнообразия анатомического и морфологического строения тканей, а также актуального состояния органов и условий проведения эндоскопических манипуляций пробы, полученные при проведении биопсии, могут содержать недостаточно информативного материала для получения однозначного заключения патоморфологических (гистологических)/цитологических исследований, что может потребовать проведения повторного обследования.

- Я осознаю, что во время исследования(й) и манипуляции(й) могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен (согласна) на то, что врач самостоятельно примет решение о проведении необходимых мероприятий.

- Я предупрежден (предупреждена) об известных факторах риска и понимаю, что проведение исследования/манипуляции сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушения целостности стенки органов желудочно-кишечного тракта, повреждение зубов/протезов, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

- Я предупрежден (предупреждена), что в ряде случаев, в том числе при недостаточно эффективной самостоятельной подготовке, а также в связи с возможными осложнениями или особенностями состояния моего здоровья может возникнуть необходимость проведения повторных эндоскопических манипуляций, и даю на это свое согласие.

- Я понимаю, что эндоскопические манипуляции могут сопровождаться неприятными ощущениями (дискомфорт, боль, ощущение распирания и вздутия и т.п.) как во время проведения исследования, так и в продолжении некоторого времени после него.

- Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных с состоянием моего здоровья, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, принимаемых лекарственных средствах.

Я согласен (согласна) на запись хода эндоскопических манипуляций на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Мной получены рекомендации по моим действиям после проведения эндоскопических исследований/манипуляций, в частности о том, что мне (представляемому) необходимо немедленно сообщить врачу о любом ухудшении самочувствия.

- Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от назначенного лечения, соблюдения рекомендаций медицинских работников, а также бесконтрольное самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Подтверждаю, что я ознакомлен (ознакомлена), мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего медицинского вмешательства, а также риск возникновения возможных осложнений:

- аллергические реакции, анафилактический шок на применяемые препараты;
- травматические повреждения стенок исследуемых органов/зубов эндоскопом, вводимым воздухом или дополнительным инструментом, с возможным последующим вторичным их инфицированием, необходимостью оперативного вмешательства
- функциональные нарушения органов и систем (остановка сердца, расстройство дыхания);
- обострение хронических заболеваний
- кровотечения после проведения дополнительных диагностических и лечебных манипуляций;
- аспирация желудочного содержимого (и последующие связанные этим вторичные осложнения)
- повреждение зубов/протезов

Возможные последствия отказа от проведения вмешательства:

- позднее выявление злокачественного новообразования/кровотечения
- прогрессирование заболевания,
- трудности в постановке диагноза,
- отсутствие своевременного, полного и качественного лечения

РЕКОМЕНДАЦИИ ПОСЛЕ ИССЛЕДОВАНИЯ.

1. В течение 30 минут после исследования не следует ничего есть и пить; затем Вы должны следовать назначениям врача в

отношении приема жидкости и пищи.

2. При выполнении биопсии рекомендуется прием охлажденной пищи в течение суток после исследования.

3. Проинформируйте врача при появлении болей, слабости, тошноты, рвоты кровью, черного дегтеобразного стула в первые часы и дни после исследования.

4. Не рекомендуется водить машину, управлять какими-либо механизмами или принимать важные решения в течение 1 часа после исследования, а при выполнении внутривенной седации - в течение суток после исследования.

Я подписываю настоящее информированное согласие, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя, обладая всей информацией для принятия решения, полностью осознавая, что беру на себя ответственность за принятое мной решение (дачу согласия) относительно проводимых со мной медицинских манипуляций.

Подпись пациента/ законного представителя:      ФИО \_\_\_\_\_

Дата « \_\_ » \_\_\_\_\_ 20 г.

Расписался в моем присутствии, \_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_

врач, подпись



УТВЕРЖДЕН  
приказом Медцентра  
АК «АЛРОСА» (ПАО)  
от « 13 » *апреля* 2023 г.  
№ 02-МФД-01/5-Л  
(приложение 6)

### Отказ от медицинского вмешательства

Я, \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

в отношении \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения при подписании отказа законным представителем)

при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи  
в Медицинском центре АК «АЛРОСА» (ПАО), 678174, Республика Саха (Якутия), Мирнинский район, г. Мирный,  
улица Тихонова, д.1А, тел. 8(41136) 99-000, доб. 42668, доб. 43922 E-mail: Medcenter@alrosa.ru, ИНН 1433000147,  
ОГРН 1021400967092  
(полное наименование медицинской организации)

отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния)

\_\_\_\_\_  
(указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного (вышеуказанных) вида (видов) медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния))

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_ " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

\_\_\_\_\_  
(дата оформления)

-----