

Договор №
ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Волжский

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Городская детская поликлиника № 2", ОГРН 1023402016076 именуемое в дальнейшем "Исполнитель" в лице главного врача Турбановой Л.Н., действующего на основании Устава, и Лицензии на право осуществления медицинской деятельности № ЛО41-01146-34/00344949 от 20.07.2020г., выданной Комитетом здравоохранения Волгоградской области бессрочно (г. Волгоград, ул. Туркменская, 6 тел. (8442)30-82-70, 30-82-75), свидетельства о внесении сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ от 26.12.2012г. серия 34 № 003949637 выданного ИФНС по г.Волжскому Волгоградской области с одной стороны и _____, Паспорт гражданина Российской Федерации, серия: _____, номер: _____, дата выдачи: _____ г., кем выдан: _____, код подразделения _____, _____ г.р.

(номер удостоверения ветерана Великой Отечественной войны, ветерана боевых действий основ, инвалиды Великой Отечественной войны и инвалиды боевых действий заполняется при наличии)

именуемый(ая) в дальнейшем "Заказчик", с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

Понятия, используемые в настоящем Договоре

Для целей настоящего Договора используются следующие основные понятия:
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;

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 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 - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги Потребителям.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.

1.1. По настоящему Договору Исполнитель обязуется оказать Заказчику медицинские услуги по своему профилю деятельности в соответствии с выданной лицензией на осуществление медицинской деятельности согласно Прейскуранту цен на медицинские услуги, утвержденному в установленном порядке, а Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги.
1.2. Исполнитель оказывает услуги по месту своего нахождения по адресу: Волгоградская область, г. Волжский, ул. Оломоуцкая, д. 29а.

1.3. Перечень медицинских услуг, оказываемых Заказчику (Потребителю) в соответствии с настоящим Договором, определяется Приложением №2 к настоящему Договору, являющимся его неотъемлемой частью.

1.3. Услуги по настоящему договору оказываются в период с _____ г. по _____ г.

1.4. По соглашению сторон объем услуг или срок оказания услуг могут быть изменены в связи с необходимостью, возникшей в ходе исполнения настоящего договора, что оформляется дополнительным соглашением к настоящему договору.

1.5. Стоимость медицинских услуг по настоящему договору устанавливается Исполнителем согласно действующему Прейскуранту. Сумма договора (на момент его заключения) составляет _____ (_____ рублей _____ копеек).

Сумма договора может изменяться по основаниям, указанным в п. 1.4, п.4.4. настоящего договора.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1 Обеспечить Заказчика (Потребителя) бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения:

а) о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг;

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

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

г) других сведениях, относящихся к предмету настоящего Договора.

2.1.2. Оказывать Заказчику (Потребителю) услуги, предусмотренные п. 1.1 настоящего Договора, а при необходимости и дополнительные услуги в соответствии с требованиями, предъявляемыми к данным видам медицинских услуг, стандартами, установленными на территории Российской Федерации. Дополнительные услуги оказываются только с предварительного письменного согласия Заказчика.

2.1.3. По запросу Заказчика (Потребителя) дать разъяснения о ходе оказания услуг ему и заинтересованным лицам, с учетом соблюдения требований ст. 13, ч.5 п. 5 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

2.1.4. Предоставить в доступной форме информацию 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.

2.1.5. По желанию Потребителя (Заказчика) после исполнения договора выдает выписку из медицинских документов, отражающих состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день оказания медицинских услуг назначать другого специалиста соответствующего профиля и квалификации;

2.2.2. Требовать от Заказчика: соблюдения графика прохождения процедур, соблюдения внутреннего режима нахождения в учреждении, режима питания и других предписаний.

2.2.3. Получать от Заказчика (Потребителя) любую информацию, необходимую для исполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае не предоставления, либо неполного или неверного предоставления Заказчиком (Потребителем) информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.

2.2.4. соблюдать режим лечения, в том числе, определенный на период их временной нетрудоспособности и правила поведения пациента медицинских организациях, правила техники безопасности и пожарной безопасности;

2.2.5. Требовать оплаты услуг, оказанных Заказчику (Потребителю) по настоящему Договору.

2.3. Заказчик обязан:

2.3.1. своевременно и в полном объеме оплатить медицинские услуги в порядке и по ценам, установленным настоящим договором.

2.3.2. выполнять требования "Исполнителя", обеспечивающие качественное представление платной медицинской услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений до начала оказания медицинских услуг, в т.ч. полную и достоверную информацию о перенесенных им заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, и противопоказаниях, предоставить данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии) а также другую информацию, влияющую на протекание или лечение имеющегося заболевания, проведение исследования.

2.3.3. точно выполнять назначения лечащего врача, следовать его предписаниям и рекомендациям;

2.3.4. не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с Исполнителем (медицинским работником, предоставляющим платные медицинские услуги) употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав и т.д.

2.3.5. соблюдать режим работы Исполнителя, правила техники безопасности и пожарной безопасности;

2.3.6. при предоставлении медицинских услуг сообщать Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) о любых изменениях самочувствия.

2.3.7. в случае возникновения каких-либо осложнений, прямо или косвенно связанных с выполнением медицинских услуг по настоящему договору, предоставить письменную информацию об этом Исполнителю.

2.4. Заказчик имеет право:

2.4.1. требовать предоставления услуг надлежащего качества, сведений о наличии лицензии учреждения и сертификатов специалистов, о стоимости оказанной услуги.

2.4.2. на получение полной и достоверной информации о предоставляемой услуге;

2.4.3. сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при обследовании и лечении;

2.4.4. соблюдение иных прав, предусмотренных законодательством о защите прав потребителей.

3. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ УСЛУГЕ.

3.1. Подписывая настоящий договор, Заказчик подтверждает, что в доступной для него форме ознакомлен Исполнителем со следующей информацией:

3.1.1. о предоставляемых ему услугах по настоящему договору.

3.1.2. лицензией медицинской организации и предоставляемыми на основании этой лицензии услугами;

3.1.3. сведениями о квалификации сотрудников Исполнителя, оказывающих платные услуги;

3.1.4. порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи (при наличии), применяемыми при предоставлении платных медицинских услуг, а также информацией о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи

3.1.5. Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. №736);

3.1.6. с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке, условиях предоставления платных медицинских услуг в учреждении Исполнителя;

3.2. Заказчик подтверждает, что до заключения настоящего договора Исполнитель уведомил Заказчика:

3.2.1 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;

- 3.2.2. 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 её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Заказчика;
- 3.3. До подписания настоящего договора Заказчик и/или Потребитель имел возможность задать вопросы, относящиеся к предмету настоящего договора и получил исчерпывающие ответы на заданные вопросы.
- 3.4. Подписав настоящий Договор, Заказчик и/или Потребитель подтверждает, что он добровольно и сознательно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.
- 3.5. Подписывая настоящий договор, Заказчик в полной мере осознает вероятность (но не обязательность) вредных (побочных) эффектов медицинского вмешательства в процессе оказания услуг вследствие несовершенства медицинской науки, в т.ч. отсутствие эффекта лечения, развитие осложнений, обострение сопутствующих заболеваний и т.п. (подпись Заказчика).
- 3.6. Потребитель (Заказчик), при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной услуги) вправе направить в комитет здравоохранения Волгоградской области жалобу (обращение) в письменной форме по адресу: г. Волгоград, ул. Туркменская, 6, либо по адресу электронной почты: _____.

4. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ.

- 4.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Заказчику определяется в соответствии с действующим Прейскурантом цен платных медицинских услуг и Приложениями к настоящему Договору, являющимися его неотъемлемой частью.
- 4.2. Стоимость медицинских услуг по настоящему Договору определяется по Прейскуранту цен платных медицинских услуг, действующему на момент заключения настоящего Договора. (Действующий прейскурант цен на медицинские услуги размещен на сайте <https://2gdr.ru> и на информационных стендах Исполнителя.)
- 4.3. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора на предоставление дополнительных медицинских услуг, их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора.
- 4.4. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения, стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Заказчика с учетом уточненного диагноза, путем подписания дополнительного соглашения (приложения), которое является неотъемлемой частью настоящего Договора. Без согласия Заказчика, Исполнитель не имеет права предоставлять дополнительные платные медицинские услуги по настоящему Договору.
- 4.5. Оплата медицинских услуг производится Заказчиком до их оказания (предоплата).
- 4.6. Исполнитель приступает к оказанию услуги после получения оплаты. В случае задержки Заказчиком оплаты, срок выполнения услуг, указанный в п. 1.3. договора, продлевается на период задержки оплаты услуги.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.

- 5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение принятых на себя обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.
- 5.2. В случае обнаружения недостатков в оказанной услуге «Заказчик» вправе по своему выбору потребовать:
- безвозмездного устранения недостатков оказанной медицинской услуги;
 - соответствующего уменьшения тарифов на оказанную услугу;
 - возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги своими силами или третьими лицами;
 - безвозмездного повторного оказания услуг.
- 5.3. Исполнитель не несет юридической ответственности перед Заказчиком в следующих случаях:
- невыполнение услуг в установленные сроки, связанное с причинами, которые Исполнитель был не в состоянии предусмотреть в момент либо до заключения настоящего договора;
 - появились осложнения или желаемый результат не достигнут, в связи с тем, что Заказчик не предоставил полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья;
 - невыполнения Заказчиком врачебных назначений, предписаний и рекомендаций;
 - осложнения либо не достижение желаемого результата возникли в результате индивидуальных физиологических либо анатомических особенностей Заказчика;
 - нежелательный результат медицинской услуги возник по причинам, не зависящим от сотрудников Исполнителя.

6. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.

- 6.1. Во всех случаях возникновения разногласий между сторонами по поводу исполнения настоящего договора, появления претензий у Заказчика обязателен (досудебный) претензионный порядок разрешения спора.
- 6.2. При возникновении указанных обстоятельств Заказчик обязан направить Исполнителю письменную претензию с указанием обстоятельств, обосновывающих его требования.
- 6.3. Исполнитель, в свою очередь, обязан рассмотреть претензию в течение 10 дней с момента ее регистрации и сообщить Заказчику о результате рассмотрения по указанному Заказчиком адресу.
- 6.4. В случае, если Заказчик не удовлетворен результатом рассмотрения претензии, по дополнительному заявлению Заказчика может быть проведена независимая экспертиза.
- 6.5. Если в ходе вышеперечисленных досудебных процедур стороны не пришли к соглашению относительно предмета спора, то он разрешается в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

7. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ВЫДАЧИ ПОТРЕБИТЕЛЮ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ, ОТРАЖАЮЩИХ СОСТОЯНИЕ ЕГО ЗДОРОВЬЯ.

Для получения медицинских документов (их копий) или выписок из них пациент представляет запрос о предоставлении медицинских документов (их копий) и выписок из них на бумажном носителе **при личном обращении или по почте**, либо запрос, сформированный в форме электронного документа, **подписанного пациентом**, с использованием **усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи** посредством применения федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)».

Запрос составляется в свободной форме и содержит:

- 1) сведения о пациенте;
 - а) фамилия, имя, отчество (при наличии);
 - б) реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента;
 - в) адрес места жительства (места пребывания);
 - г) почтовый адрес для направления письменных ответов и уведомлений и (в случае, если имеется) номер контактного телефона, адрес электронной почты (при наличии);
- 2) в случае обращения от имени пациента его законного представителя - сведения о законном представителе, указанные в подпункте 1 настоящего пункта;
- 3) наименования медицинских документов (их копий) или выписок из них, отражающих состояние здоровья пациента, которые пациент либо его законный представитель намерен получить, и период, за который он намерен их получить;
- 4) сведения о способе получения.

Максимальный срок выдачи медицинских документов (их копий) и выписок из них с момента регистрации в медицинской организации запроса не должен превышать 30 календарных дней.

В случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях или условиях дневного стационара, выписка из медицинских документов, копии медицинских документов предоставляются пациенту либо его законному представителю в суточный срок с момента обращения.

8. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА.

8.1. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений (приложений) к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями Сторон.

8.2. Настоящий Договор расторгается в случае отказа Заказчика после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. Отказ Заказчика от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

8.3. Настоящий договор может быть расторгнут в порядке и по основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

9. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ.

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

9.2. К отношениям сторон, вытекающим из настоящего договора и не урегулированным его условиями, применяются нормы действующего законодательства РФ.

9.3. Стороны пришли к соглашению об использовании Исполнителем факсимильного воспроизведения подписи лица, уполномоченного подписывать настоящий договор, дополнительные соглашения к нему и другие документы, в связи с оказанием медицинских услуг по настоящему договору.

9.4. Подписывая настоящий договор, Заказчик подтверждает, что все условия настоящего договора ему понятны.

9.5. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

10. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

"ИСПОЛНИТЕЛЬ"

ГБУЗ «ГДП № 2»

404105 Волгоградская область, г. Волжский

ул. Оломоуцкая, 29а

тел (8443) 56-54-81

Главный врач

_____ Л.Н. Турбанова

"ЗАКАЗЧИК"

Адрес: _____

Телефон: _____

Подпись: _____

Приложение № 1

к договору № _____ от _____ г.

Перечень видов медицинской деятельности, которые вправе осуществлять ГБУЗ «ГДП № 2» в соответствии с предоставленной лицензией

при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), неотложной медицинской помощи, организации здравоохранения и общественному здоровью, педиатрии;

при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий) и искусственному за-

дерматовенерологии, детской кардиологии, детской урологии-андрологии, детской хирургии, детской эндокринологии, инфекционным болезням, клинической лабораторной диагностике, лечебной физкультуре и спортивной медицине, неврологии, неотложной медицинской помощи.

отоларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, психиатрии, рентгенологии, стоматологии, детской, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, физиотерапии, функциональной диагностике, эндоскопии; эпидемиологии.

при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию на выявление ВИЧ-инфекции, медицинскому освидетельствованию на наличие инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся

при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности.

Приложение №2
к договору № _____ от _____ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Городская детская поликлиника № 2", именуемое в дальнейшем "Исполнитель" в лице главного врача Турбановой Л.Н., действующего на основании Устава, обязуется оказать, а _____ именуемый(ая) в дальнейшем "Заказчик" обязуется принять и оплатить следующие медицинские услуги на условиях Договора № _____ от _____ г.

ПЕРЕЧЕНЬ медицинских услуг, оказываемых Заказчику

Код услуги по прейскуранту	Наименование услуги	Ед. измерения	Кол-во ед. изм.	Цена за ед.изм.	Сумма, руб.
ИТОГО					

"ИСПОЛНИТЕЛЬ"
ГБУЗ «ГДП № 2»

404105 Волгоградская область, г.Волжский
ул. Оломоуцкая, 29а

"ЗАКАЗЧИК"

Адрес: _____
Телефон: _____

тел (8443) 56-54-81

Главный врач

Подпись: _____

Л.Н. Турбанова

Приложение №3
к договору № _____ от _____ г.

УВЕДОМЛЕНИЕ

г. Волжский

_____ 20__ г.

В соответствии с п. 24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. №736; Вы уведомляете 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.

Потребитель _____

(ФИО полностью, подпись)

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, _____

(Ф. И. О. гражданина)

законный представитель ребенка _____

(Ф.И.О. несовершеннолетнего ребенка полностью)

дата рождения ребенка _____ года

документ, удостоверяющий личность: _____

(паспортные данные родителя, серия номер, кем и когда выдан)

г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____

Адрес: _____

(адрес места жительства гражданина)

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 в государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Городская детская поликлиника №2»

Медицинским работником _____

(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 (нужное подчеркнуть):

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

(подпись)

(Ф. И. О. гражданина)

(подпись)

(Ф. И. О. медицинского работника)

" " _____ г.

Приложение №4
к договору № _____ от _____ г.

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____
д/рожд. _____ паспорт серия _____ номер _____, кем и когда
выдан _____

_____ проживающий(ая) _____ по _____ адресу: _____

В соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных" даю свое согласие на обработку в ГБУЗ "Городская детская поликлиника №2 (ОГРН 1023402016076, ИНН 3435801587), зарегистрированному по адресу: 404105, г.Волжский, Оломоуцкая, 29а (далее - Оператор) моих персональных данных (далее ПДн), включающих: фамилия, имя, отчество, дата рождения, место рождения, адрес, семейное положение, социальное положение, образование, профессия, место работы, состояние здоровья, пол, гражданство, данные документа удостоверяющего личность, место жительства, место регистрации, дата регистрации, СНИЛС, номер полиса ОМС, условия и формы оказания медицинской помощи, сроки оказания медицинской помощи, диагноз, профиль оказания медицинской помощи, примененные стандарты медицинской помощи, сведения о медицинских услугах и о примененных лекарственных препаратах, сведения о медицинском работнике или медицинских работников, оказавших медицинские услуги, результаты обращения за медицинской помощью, номер(а) контактных телефонов, электронный адрес в сети «Интернет»; фотография, видеозапись, сведения об инвалидности, состав семьи при условии что их обработка осуществляется штатным сотрудником Оператора, допущенным к обработке ПДн в соответствии с действующим законодательством.

Предоставляю Оператору право осуществлять автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Согласен(-на) на обработку моих персональных данных в целях: оказание медицинских и медико-социальных услуг, установление медицинского диагноза, осуществление процесса оказания медицинской помощи и информационного взаимодействия в рамках системы ОМС, оказание услуг клиничко-диагностической лаборатории, оказания телемедицинских консультаций, ведения интегрированной электронной медицинской карты (ИЭМК) в ГИС "Региональная информационная система в сфере здравоохранения" Волгоградской области, соблюдение требований внутренних актов ГБУЗ "ГДП №2", сбор и подготовка отчетности для комитета здравоохранения Волгоградской области и подведомственных ему учреждений.

Настоящее согласие дано мной "_____" 20____ года и действует бессрочно. Срок хранения моих ПДн соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Мне разъяснено, что я имею право отозвать свое согласие на обработку моих персональных данных. Отзыв должен быть направлен мною Оператору в письменной форме.

В случае отзыва согласия на обработку персональных данных Оператор вправе продолжить обработку моих персональных данных без моего согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2 - 11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных".

Я подтверждаю, что мне разъяснено значение всех перечисленных в настоящем
согласии терминов и их соответствие Федеральному закону от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О
персональных данных".

" " 202 г. / /

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____
д/рожд. _____ паспорт серия _____ номер _____, кем и когда
выдан _____

_____ проживающий(ая) _____ по
адресу: _____
представитель _____ ребенка _____ законный

дата рождения _____ в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных" даю свое согласие на обработку в ГБУЗ "Городская детская поликлиника №2 (ОГРН 1023402016076, ИНН 3435801587), зарегистрированному по адресу: 404105, г.Волжский, Оломоуцкая, 29а (далее - Оператор) персональных данных (далее ПДн) моего ребенка, включающих: фамилия, имя, отчество, дата рождения, место рождения, адрес, состояние здоровья, пол, гражданство, данные документа удостоверяющего личность, место жительства, место регистрации, дата регистрации, СНИЛС, номер полиса ОМС, условия и формы оказания медицинской помощи, сроки оказания медицинской помощи, диагноз, профиль оказания медицинской помощи, примененные стандарты медицинской помощи, сведения о медицинских услугах и о примененных лекарственных препаратах, сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинские услуги, результаты обращения за медицинской помощью, номер(а) контактных телефонов, электронный адрес в сети «Интернет»; фотография, видеозапись, сведения об инвалидности, состав семьи при условии что их обработка осуществляется штатным сотрудником Оператора, допущенным к обработке ПДн в соответствии с действующим законодательством.

Предоставляю Оператору право осуществлять автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку персональных данных моего ребенка, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Согласен(-на) на обработку персональных данных моего ребенка в целях: оказание медицинских и медико-социальных услуг, установление медицинского диагноза, осуществление процесса оказания медицинской помощи и информационного взаимодействия в рамках системы ОМС, оказание услуг клинико-диагностической лаборатории, оказания телемедицинских консультаций, ведения интегрированной электронной медицинской карты (ИЭМК) в ГИС "Региональная информационная система в сфере здравоохранения" Волгоградской области, соблюдение требований внутренних актов ГБУЗ "ГДП №2", сбор и подготовка отчетности для комитета здравоохранения Волгоградской области и подведомственных ему учреждений.

Настоящее согласие дано мной "_____" 202__ года и действует бессрочно. Срок хранения ПДн моего ребенка соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Мне разъяснено, что я имею право отозвать свое согласие на обработку персональных данных моего ребенка. Отзыв должен быть направлен мною Оператору в письменной форме.

В случае отзыва согласия на обработку персональных данных Оператор вправе продолжить обработку моих персональных данных без моего согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2 - 11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных".

Я подтверждаю, что мне разъяснено значение всех перечисленных в настоящем согласии терминов и их соответствие Федеральному закону от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных".

"_____" 202__ г. _____ / _____ /

Уважаемый потребитель (заказчик)!

В соответствии с частью 2 статьи 19 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», во исполнение требований пункта 7 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утверждённых Постановлением Правительства РФ № 736 от 11.05.2023, до заключения договора оказания медицинских услуг Вам предоставляется информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Вам также разъясняется, что отказ пациента как потребителя медицинских услуг от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых без взимания платы в рамках программы и территориальной программы.

(подпись _____ должностного
лица медицинской организации)

(фамилия _____ должностного
лица медицинской организации)

Вышеуказанная информация разъяснена в доступной форме, в полном объеме и мне понятна.

(подпись потребителя (заказчика))

(ФИО потребителя (заказчика))

" " _____ Г.
(дата разъяснения прав)

УВЕДОМЛЕНИЕ

г. Волжский

_____ 20__ г.

Во исполнение п. 27 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736 уведомляем Вас, что по договору об оказании платных медицинских услуг от _____ № _____ Вам требуется на возмездной основе предоставление следующих дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных указанным выше договором:

_____ стоимость которых составит _____.
В случае принятия решения о получении названных медицинских услуг на возмездной основе необходимо заключить дополнительное соглашение в срок до _____.

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
о предоставлении дополнительных медицинских услуг
к договору _____

г. Волжский

«__» _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Городская детская поликлиника № 2", ОГРН 023402016076 именуемое в дальнейшем "Исполнитель" в лице главного врача Турбановой Л.Н., действующего на основании Устава, и Лицензии на право осуществления медицинской деятельности № ЛО41-01146-34/00344949 от 20.07.2020г., выданной Комитетом здравоохранения Волгоградской области бессрочно (г. Волгоград, ул. Туркменская, 6 тел. (8442)30-82-70, 30-82-75), свидетельства о внесении сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ от 26.12.2012г. серия 34 № 003949637 выданного ИФНС по г.Волжскому Волгоградской области с одной стороны и _____, Паспорт гражданина Российской Федерации, серия: _____, номер: _____, дата выдачи: _____ г., кем выдан: _____, код подразделения _____, _____ г.р. именуемый(ая) в дальнейшем "Заказчик", с другой стороны, заключили настоящее дополнительное соглашение к договору о нижеследующем:

- 1.1. Исполнитель на возмездной основе обязуется оказать Заказчику дополнительные медицинские услуги по своему пр. деятельности в соответствии с выданной лицензией на осуществление медицинской деятельности согласно Прейскуранту медицинских услуг, утвержденному в установленном порядке, а Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги.
 - 1.2. Исполнитель оказывает дополнительные услуги по месту своего нахождения по адресу: Волгоградская область, г. Волжск Оломоуцкая, д. 29а.
 - 1.3. Перечень дополнительных медицинских услуг, оказываемых Заказчику (Потребителю) в соответствии с настоящим дополнительным соглашением к Договору, определяется Приложением №2 к дополнительному соглашению, являющему неотъемлемой частью.
 - 1.3. Дополнительные медицинские Услуги по настоящему соглашению оказываются в период с _____ г.
 - 1.4. По соглашению сторон объем услуг или срок оказания услуг могут быть изменены в связи с необходимостью, возникшей исполнения обязательств, что оформляется дополнительным соглашением к договору.
 - 1.5. Стоимость дополнительных медицинских услуг по настоящему соглашению устанавливается Исполнителем с действующему Прейскуранту. Сумма оказываемых дополнительных услуг (на момент заключения дополнительного соглашения составляет _____ (_____ рублей _____ копеек). Сумма может изменяться по основаниям, указанным в п. 1.4, п.4.4. настоящего договора.
 - 1.6. Настоящее Дополнительное соглашение вступает в силу с момента его подписания Сторонами и является неотъемлемой частью Договора.
 - 1.7. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Дополнительным соглашением, Стороны будут руководствоваться условиями Договора.
 - 1.8. Настоящее Дополнительное соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.
- Подписи сторон:

ПЕРЕЧЕНЬ
ОПРЕДЕЛЕННЫХ 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 девочек), ректальное исследование;
3. Антропометрические исследования;
4. Термометрия;
5. Тонометрия;
6. Неинвазивные исследования органов зрения и зрительных функций;
7. Неинвазивные исследования органов 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 электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография;
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования;
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно;
13. Медицинский массаж;
14. Лечебная физкультура;

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 ГБУЗ «Городская детская поликлиника № 2»
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)

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

_____ (дата оформления)

Прейскурант платных медицинских услуг

1. КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРИЯ

№ п/п	Код медицинской услуги по приказу МЗ РФ 804Н	Наименование исследования	Цена, руб.
1	A12.06.017	Определение содержания антител к тироглобулину в сыворотке крови	382,00
2	A09.05.153	Исследование уровня прогестерона в крови	350,00
3	A09.05.154	Исследование уровня общего эстрадиола в крови	389,00
4	A09.05.135	Исследование уровня общего кортизола в крови	336,00
5	A09.05.132	Исследование уровня фолликулостимулирующего гормона в сыворотке крови	349,00
6	A09.05.060	Исследование уровня общего трийодтиронина (Т3) в крови	346,00
7	A09.05.064	Исследование уровня общего тироксина (Т4) сыворотки крови	321,00
8	A09.05.065	Исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови	304,00
9	A09.05.087	Исследование уровня пролактина в крови	348,00
10	A09.05.131	Исследование уровня лютеинизирующего гормона в сыворотке крови	348,00
11	A09.05.078	Исследование уровня общего тестостерона в крови	348,00
12	A09.05.061	Исследование уровня свободного трийодтиронина (СТ3) в крови	347,00
13	A09.05.063	Исследование уровня свободного тироксина (СТ4) сыворотки крови	339,00
14	A12.06.031	Определение содержания антител к гормонам щитовидной железы в крови	386,00
15	A12.06.055	Определение содержания антител к глиадину в крови	494,00
16	A09.05.056	Исследование уровня инсулина плазмы крови	538,00
17	A09.28.003.001	Определение альбумина в моче	476,00
18	A09.05.149	Исследование уровня дегидроэпиандростерона сульфата в крови	402,00
19	A26.06.022.001	Определение антител класса G (IgG) к цитомегаловирусу (Cytomegalovirus) в крови	413,00
20	A26.06.022.002	Определение антител класса M (IgM) к цитомегаловирусу (Cytomegalovirus) в крови	368,00
21	A26.06.071.001	Определение антител класса G (IgG) к вирусу краснухи (Rubella virus) в крови	370,00
22	A26.06.071.002	Определение антител класса M (IgM) к вирусу краснухи (Rubella virus) в крови	399,00
23	A26.06.113	Определение антител к хламидии пневмонии (Chlamydophila pneumoniae) в крови	386,00
24	A26.06.018.003	Определение антител класса G (IgG) к хламидии трахоматис (Chlamydia trachomatis) в крови	362,00

25	A26.06.057	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к микоплазме пневмонии (<i>Mycoplasma pneumoniae</i>) в крови	369,00
26	A26.06.081.001	Определение антител класса G (IgG) к токсоплазме (<i>Toxoplasma gondii</i>) в крови	369,00
27	A26.06.081.002	Определение антител класса М (IgM) к токсоплазме (<i>Toxoplasma gondii</i>) в крови	407,00
28	A26.06.045	Определение антител к вирусу простого герпеса (<i>Herpes simplex virus</i>) в крови	403,00
29	A26.06.045.003	Определение антител класса М (IgM) к вирусу простого герпеса 1 и 2 типов (<i>Herpes simplex virus types 1, 2</i>) в крови	442,00
30	A26.06.032	Определение антител классов А, М, G (IgM, IgA, IgG) к лямблиям в крови	420,00
31	A26.06.094	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к иерсинии псевдотуберкулеза (<i>Yersinia pseudotuberculosis</i>) в крови	510,00
32	A26.06.033	Определение антител к хеликобактер пилори (<i>Helicobacter pylori</i>) в крови	433,00
33	A26.06.082.002	Определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) иммуноферментным методом (ИФА) в крови	296,00
34	A26.06.039.001	Определение антител класса М к ядерному антигену (anti-HBc IgM) вируса гепатита В (<i>Hepatitis B virus</i>) в крови	380,00
35	A26.06.039.002	Определение антител класса G к ядерному антигену (anti-HBc IgG) вируса гепатита В (<i>Hepatitis B virus</i>) в крови	376,00
36	A26.06.036	Определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (<i>Hepatitis B virus</i>) в крови	353,00
37	A26.06.035	Определение антигена (HbeAg) вируса гепатита В (<i>Hepatitis B virus</i>) в крови	373,00
38	A26.06.040.002	Определение антител к поверхностному антигену (anti-HBs) вируса гепатита В (<i>Hepatitis B virus</i>) в крови, количественное исследование	354,00
39	A26.06.041.002	Определение суммарных антител классов М и G (anti-HCV IgG и anti-HCV IgM) к вирусу гепатита С (<i>Hepatitis C virus</i>) в крови	341,00
40	A26.06.038	Определение антител к е-антигену (anti-HBe) вируса гепатита В (<i>Hepatitis B virus</i>) в крови	376,00
41	A26.06.039	Определение антител классов к ядерному антигену (HBcAg) вируса гепатита В (<i>Hepatitis B virus</i>) в крови	365,00
42	A26.06.036.001	Определение антигена (HBsAg) вируса гепатита В (<i>Hepatitis B virus</i>) в крови, качественное исследование	365,00
43	A26.06.034.001	Определение антител класса М (anti-HAV IgM) к вирусу гепатита А (<i>Hepatitis A virus</i>) в крови	418,00
44	A26.06.041	Определение антител к вирусу гепатита С (<i>Hepatitis C virus</i>) в крови	322,00
45	A26.06.028	Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу Эпштейна-Барра (<i>Epstein - Barr virus</i>) в крови	479,00
46	A09.05.089	Исследование уровня связанного с беременностью плазменного протеина А (РАРР-А) в сыворотке крови	360,00
47	A09.05.090	Исследование уровня хорионического гонадотропина (свободная бета-субъединица) в сыворотке крови	397,00
48	A12.05.110	Определение трофобластического гликопротеина	445,00
49	A09.05.130	Исследование уровня простатспецифического антигена общего в крови	417,00
50	A09.05.202	Исследование уровня антигена аденогенных раков СА 125 в крови	507,00

51	A09.05.195	Исследование уровня ракового эмбрионального антигена в крови	496,00
52	A09.05.201	Исследование уровня антигена аденогенных раков СА 19-9 в крови	615,00
53	A09.05.054.002	Исследование уровня иммуноглобулина А в крови	330,00
54	A09.05.054.004	Исследование уровня иммуноглобулина G в крови	330,00
55	A09.05.054.001	Исследование уровня общего иммуноглобулина Е в крови	393,00
56	A09.05.054.003	Исследование уровня иммуноглобулина М в крови	330,00
57	A09.05.076	Исследование уровня ферритина в крови	329,00
58	A09.05.051.001	Определение концентрации Д-димера в крови	401,00
59	A12.26.015	Исследование фактора некроза опухоли в слезной жидкости	699,00
60	A26.06.138	Исследование уровня интерферона-гамма на антигены Mycobacterium tuberculosis complex в крови (Т-СПОТ.ТБ)	6679,00
61	A09.05.044	Определение активности гамма-глутамилтрансферазы в крови	207,00
62	A09.05.009	Исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови	372,00
63	A12.06.019	Определение содержания ревматоидного фактора в крови	342,00
64	A12.05.011	Исследование железосвязывающей способности сыворотки	224,00
65	A09.05.022.001 A09.05.022.002 A09.05.021	Исследование уровня фракций билирубина в крови	171,00
66	A09.05.018	Исследование уровня мочевого кислоты в крови	169,00
67	A09.05.007	Исследование уровня железа сыворотки крови	182,00
68	A09.05.041	Определение активности аспартатаминотрансферазы в крови	199,00
69	A09.05.042	Определение активности аланинаминотрансферазы в крови	199,00
70	A09.05.046	Определение активности щелочной фосфатазы в крови	179,00
71	A09.05.010	Исследование уровня общего белка в крови	179,00
72	A09.05.017	Исследование уровня мочевины в крови	171,00
73	A09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	187,00
74	A09.05.026	Исследование уровня холестерина в крови	188,00
75	A09.05.045	Определение активности амилазы в крови	201,00
76	A09.05.127	Исследование уровня общего магния в сыворотке крови	183,00
77	A09.05.032	Исследование уровня общего кальция в крови	183,00
78	A09.05.033	Исследование уровня неорганического фосфора в крови	155,00
79	A09.05.031	Исследование уровня калия в крови	288,00
80	A09.05.030	Исследование уровня натрия в крови	262,00
81	A09.05.034	Исследование уровня хлоридов в крови	143,00
82	A12.06.015	Определение антистрептолизина-О в сыворотке крови	368,00
83	A09.05.027	Исследование уровня липопротеинов в крови	332,00
84	A08.08.003	Цитологическое исследование мазков с поверхности слизистой оболочки верхних дыхательных путей (исследование назального секрета)	212,00
85	A12.05.005 A12.05.006	Определение группы и резус фактора крови (определение основных групп крови (ABO), Определение антигена D системы Резус (резус-фактор))	371,00
86	A26.19.010	Микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов	249,00
87	A26.01.019	Микроскопическое исследование отпечатков с поверхности перианальных складок на яйца гельминтов	234,00
88	B03.016.006	Общий (клинический) анализ мочи	204,00

89	A26.19.011	Микроскопическое исследование кала на простейшие	290,00
90	B03.016.014	Исследование мочи методом Нечипоренко	235,00
91	A12.20.001	Микроскопическое исследование влагалищных мазков	241,00
92	A26.05.009	Микроскопическое исследование "толстой капли" и "тонкого" мазка крови на малярийные плазмодии	227,00
93	B03.016.010	Копрологическое исследование	428,00
94	B03.016.002	Общий (клинический) анализ крови	332,00
95	A11.05.001	Взятие крови из пальца	50,00
96	A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	201,00
97	A11.08.010.001 A11.08.010.002	Получение мазков со слизистой оболочки носоглотки, ротоглотки	197,00
98	A11.19.011.001	Взятие соскоба с перианальной области на энтеробиоз	197,00

2.ПЦР- ЛАБОРАТОРИЯ

№ п/п	Код медицинской услуги по приказу МЗ РФ 804Н	Наименование исследования	Цена, руб.
1	A26.20.028.001	Определение ДНК микоплазмы хоминис (<i>Mycoplasma hominis</i>) в отделяемом слизистых оболочек женских половых органов методом ПЦР, качественное исследование	453,00
2	A26.21.032.001	Определение ДНК микоплазмы хоминис (<i>Mycoplasma hominis</i>) в отделяемом из уретры методом ПЦР, качественное исследование	453,00
3	A26.21.031.001	Определение ДНК микоплазмы гениталиум (<i>Mycoplasma genitalium</i>) в отделяемом из уретры методом ПЦР	453,00
4	A26.20.027.001	Определение ДНК микоплазмы гениталиум (<i>Mycoplasma genitalium</i>) в отделяемом слизистых оболочек женских половых органов методом ПЦР	453,00
5	A26.21.033	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого из уретры на уреоплазмы (<i>Ureaplasma spp.</i>) методом ПЦР	453,00
6	A26.20.029.001	Определение ДНК уреоплазм (<i>Ureaplasma spp.</i>) в отделяемом слизистых оболочек женских половых органов методом ПЦР, качественное исследование	453,00
7	A26.21.007.001	Определение ДНК хламидии трахоматис (<i>Chlamydia trachomatis</i>) в отделяемом из уретры методом ПЦР	453,00
8	A26.20.020.001	Определение ДНК хламидии трахоматис (<i>Chlamydia trachomatis</i>) в отделяемом слизистых оболочек женских половых органов методом ПЦР	453,00
9	A26.08.017	Молекулярно-биологическое исследование соскоба из носоглотки на вирус простого герпеса 1 и 2 типов (<i>Herpes simplex virus types 1, 2</i>)	463,00
10	A26.21.009.001	Определение ДНК вируса простого герпеса 1 и 2 типов (<i>Herpes simplex virus types 1, 2</i>) в отделяемом из уретры методом ПЦР	463,00
11	A26.20.013.001	Определение ДНК вируса простого герпеса 1 и 2 типов (<i>Herpes simplex virus types 1, 2</i>) в отделяемом из влагалища методом ПЦР	463,00
12	A26.21.030.001	Определение ДНК трихомонас вагиналис (<i>Trichomonas vaginalis</i>) в отделяемом из уретры методом ПЦР	453,00

13	A26.20.026.001	Определение ДНК трихомонас вагиналис (<i>Trichomonas vaginalis</i>) в отделяемом слизистых оболочек женских половых органов методом ПЦР	453,00
14	A26.08.058.001	Определение ДНК цитомегаловируса (<i>Cytomegalovirus</i>) в мазках со слизистой оболочки ротоглотки методом ПЦР, качественное исследование	463,00
15	A26.21.010.001	Определение ДНК цитомегаловируса (<i>Cytomegalovirus</i>) в отделяемом из уретры методом ПЦР, качественное исследование	463,00
16	A26.20.014.001	Определение ДНК цитомегаловируса (<i>Cytomegalovirus</i>) в отделяемом из влагалища методом ПЦР, качественное исследование	463,00
17	A26.20.022.001	Определение ДНК гонококка (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>) в отделяемом слизистых оболочек женских половых органов методом ПЦР	453,00
18	A26.30.026.001	Определение ДНК токсоплазм (<i>Toxoplasma gondii</i>) в биоптатах или пунктатах из очагов поражения органов и тканей методом ПЦР	510,00
19	A26.20.030.001	Определение ДНК гарднереллы вагиналис (<i>Gardnerella vaginalis</i>) во влагалищном отделяемом методом ПЦР	453,00
20	A26.20.012.002	Определение ДНК вирусов папилломы человека (<i>Papilloma virus</i>) высокого канцерогенного риска в отделяемом из влагалища методом ПЦР, качественное исследование	505,00
21	A26.21.055	Молекулярно-биологическое исследование отделяемого из уретры на грибы рода кандиды (<i>Candida spp.</i>) с уточнением вида	453,00
22	A26.20.048	Молекулярно-биологическое исследование влагалищного отделяемого на грибы рода кандиды (<i>Candida spp.</i>) с уточнением вида	453,00
23	A26.20.012.003	Определение ДНК вирусов папилломы человека (<i>Papilloma virus</i>) высокого канцерогенного риска в отделяемом из влагалища методом ПЦР, количественное исследование	2912,00
24	A26.08.027.001 A26.08.046.001	Определение РНК коронавируса ТОРС (SARS-cov) в мазках со слизистой оболочки носоглотки, ротоглотки методом ПЦР (COVID-19)	696,00
25	A26.20.021	Определение антигена (ДНК) стрептококка группы В (<i>S.agalactiae</i>) в отделяемом цервикального канала методом ПЦР	549,00
26	A26.08.051.001	Определение ДНК возбудителя дифтерии (<i>Corynebacterium diphtheriae</i>) в мазках со слизистой оболочки ротоглотки методом ПЦР (без забора биоматериала)	815,00

3.РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКИЙ КАБИНЕТ

№ п/п	Код медицинской услуги по приказу МЗ РФ 804Н	Наименование услуги	Цена в руб.
1	A06.08.002	Рентгенография гортани и трахеи	349,00
2	A06.08.003	Рентгенография придаточных пазух носа	349,00
3	A06.03.041	Рентгенография таза	394,00
4		Рентгенография грудной клетки в 1 проекции	394,00
5		Рентгенография периферических отделов скелета и позвоночника в 1 проекции	394,00

6	A06.03.022	Рентгенография ключицы	349,00
7		Рентгенография костей носа	349,00
8		Рентгенография брюшной полости	584,00
9		Рентгенография лопатки в 2 проекциях	626,00
10		Рентгенография черепа в 2 проекциях	565,00
11		Рентгенография грудной клетки в 2 проекциях	626,00
12		Рентгенография периферических отделов скелета и позвоночника в 2 проекциях	626,00
13	A06.25.002	Рентгенография височной кости	511,00

4.ПРИЕМЫ (ОСМОТРЫ, КОНСУЛЬТАЦИИ)

№ п/п	Код медицинской услуги по приказу МЗ РФ 804Н	Наименование услуги	Цена, руб
4.1.Первичные приемы (осмотры, консультации)			
1	B01.002.001	Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный	628,00
2	B01.004.001	Прием (осмотр, консультация) врача-аллерголога-иммунолога первичный	606,00
3	B01.014.001	Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога первичный	524,00
4	B01.015.003	Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный	572,00
5	B01.023.001	Прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога первичный	725,00
6	B01.025.001	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный	628,00
7	B01.028.001	Прием (осмотр, консультация) врача-нефролога первичный	667,00
8	B01.029.001	Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный	572,00
9	B01.031.001	Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный	639,00
10	B01.035.003	Прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный	572,00
11	B01.050.001	Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра детского первичный	641,00
12	B01.053.003	Прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда первичный	527,00
13	B01.010.001	Прием (осмотр, консультация) врача-детского уролога-androлога первичный	667,00
14	B01.058.003	Прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга первичный	572,00
15	B01.020.001	Прием (осмотр, консультация) врача-детского эндокринолога первичный	544,00
16	B01.054.001	Прием (осмотр, консультация) врача по лечебной физкультуре	572,00
17	B01.002.001	Прием (консультация) врача-физиотерапевта	572,00
4.2.Повторные приемы (осмотры, консультации)			
1	B01.001.002	Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога повторный	443,00

2	B01.002.002	Прием (осмотр, консультация) врача-аллерголога-иммунолога повторный	428,00
3	B01.004.002	Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога повторный	377,00
4	B01.014.002	Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста повторный	404,00
5	B01.015.004	Прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога повторный	511,00
6	B01.020.005	Прием (осмотр, консультация) врача по лечебной физкультуре повторный	404,00
7	B01.023.002	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога повторный	443,00
8	B01.025.002	Прием (осмотр, консультация) врача-нефролога повторный	471,00
9	B01.028.002	Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога повторный	404,00
10	B01.029.002	Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога повторный	451,00
11	B01.031.002	Прием (осмотр, консультация) врача-педиатра повторный	404,00
12	B01.035.004	Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра детского повторный	451,00
13	B01.050.002	Прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда повторный	373,00
14	B01.053.004	Прием (осмотр, консультация) врача-детского уролога-андролога повторный	471,00
15	B01.010.002	Прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга повторный	404,00
16	B01.058.004	Прием (осмотр, консультация) врача-детского эндокринолога повторный	384,00

4.3.Профилактические приемы (осмотры, консультации)

1	B04.001.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога	252,00
2	B04.002.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-аллерголога-иммунолога	250,00
3	B04.004.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога	245,00
4	B04.014.003	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста	269,00
5	B04.015.004	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-детского кардиолога	287,00
6	B04.023.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-невролога	252,00
7	B04.028.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога	230,00
8	B04.029.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога	257,00
9	B04.031.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-педиатра	230,00
10	B04.035.004	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-детского психиатра	283,00
11	B04.050.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-травматолога-ортопеда	247,00

12	B04.053.004	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-детского уролога-андролога	247,00
13	B04.010.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга	247,00
14	B04.058.003	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-детского эндокринолога	219,00
15	B04.064.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога детского	266,00

5.КАБИНЕТ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

№ п/п	Код медицинской услуги по приказу МЗ РФ 804Н	Наименование медицинских услуг	Цена, руб.
1	A03.16.001	Эзофагогастродуоденоскопия	1 740,00
2	A05.23.002	Реоэнцефалография	790,00
3	A05.23.001	Электроэнцефалография	1 102,00
4	A05.23.001.002	Электроэнцефалография с видеомониторингом (2 часа)	2 103,00
5	A05.23.001.002	Электроэнцефалография с видеомониторингом (4 часа)	3 603,00
6	A12.09.001	Исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков	587,00
7	A05.10.004	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных (ЭКГ)	297,00

6.КАБИНЕТ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

№ п/п	Код медицинской услуги по приказу МЗ РФ 804Н	Наименование исследования	Цена, руб.
1	A04.22.001	Ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез	421,00
2	A04.28.002.005	Ультразвуковое исследование мочевого пузыря с определением остаточной мочи	421,00
3	A04.21.001 A04.28.003	Ультразвуковое исследование предстательной железы и органов мошонки	549,00
4	A04.14.001 A04.14.002	Ультразвуковое исследование печени и желчного пузыря	503,00
5	A04.28.001	Ультразвуковое исследование почек и надпочечников	549,00
6	A04.14.002.001	Ультразвуковое исследование желчного пузыря с определением его сократимости	1 376,00
7	A04.06.001	Ультразвуковое исследование селезенки	480,00
8	A04.01.001	Ультразвуковое исследование мягких тканей (одна анатомическая зона)	503,00
9	A04.23.001	Нейросонография	805,00
10	A04.15.001	Ультразвуковое исследование поджелудочной железы	480,00
11	A04.10.002	Эхокардиография	1 079,00
12	A04.20.002	Ультразвуковое исследование молочных желез	549,00
13	A04.20.001	Ультразвуковое исследование матки и придатков трансабдоминальное	677,00
14	A04.04.001	Ультразвуковое исследование сустава	549,00

15	A04.06.002	Ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна анатомическая зона)	480,00
16	A04.20.002 A04.22.001	Ультразвуковое исследование молочных и щитовидной и паращитовидных желез	805,00
17	A04.16.001	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости комплексное (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка, почки и надпочечники)	1 487,00

Прейскурант платных медицинских услуг для льготных категорий граждан

1. КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРИЯ

№ п/п	Код медицинской услуги по приказу МЗ РФ 804Н	Наименование исследования	Цена, руб.
1	A26.06.036.001	Определение антигена (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, качественное исследование	335,00
2	A26.06.041	Определение антител к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови	290,00
3	A09.05.009	Исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови	340,00
4	A09.05.022.001 A09.05.022.002 A09.05.021	Исследование уровня фракций билирубина в крови	155,00
5	A09.05.018	Исследование уровня мочевого кислоты в крови	155,00
6	A09.05.041	Определение активности аспартатаминотрансферазы в крови	185,00
7	A09.05.042	Определение активности аланинаминотрансферазы в крови	185,00
8	A09.05.046	Исследование активности щелочной фосфатазы в крови	165,00
9	A09.05.010	Исследование уровня общего белка в крови	165,00
10	A09.05.017	Исследование уровня мочевины в крови	155,00
11	A09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	170,00
12	A09.05.026	Исследование уровня холестерина в крови	175,00
13	A26.19.010	Микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов	229,00
14	A26.01.019	Микроскопическое исследование отпечатков с поверхности перианальных складок на яйца гельминтов	214,00
15	B03.016.006	Общий (клинический) анализ мочи	189,00
16	A26.19.011	Микроскопическое исследование кала на простейшие	266,00
17	B03.016.014	Исследование мочи методом Нечипоренко	225,00
18	B03.016.002	Общий (клинический) анализ крови	309,00
19	A11.05.001	Взятие крови из пальца	45,00

2. ПЦР- ЛАБОРАТОРИЯ

№ п/п	Код медицинской услуги по приказу МЗ РФ 804Н	Наименование исследования	Цена, руб.
1	A26.08.027.001 A26.08.046.001	Определение РНК коронавируса ТОРС (SARS-cov) в мазках со слизистой оболочки носоглотки, ротоглотки методом ПЦР (COVID-19)	661,00

3. РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКИЙ КАБИНЕТ

№ п/п	Код медицинской услуги по приказу МЗ РФ 804Н	Наименование услуги	Цена в руб.
1	A06.08.002	Рентгенография гортани и трахеи	320,00
2	A06.08.003	Рентгенография придаточных пазух носа	320,00
3	A06.03.041	Рентгенография таза	320,00
4		Рентгенография грудной клетки в 1 проекции	362,00
5		Рентгенография периферических отделов скелета и позвоночника в 1 проекции	362,00
6	A06.03.022	Рентгенография ключицы	320,00
7		Рентгенография костей носа	320,00
8		Рентгенография брюшной полости	536,00
9		Рентгенография лопатки в 2 проекциях	574,00
10		Рентгенография черепа в 2 проекциях	518,00
11		Рентгенография грудной клетки в 2 проекциях	574,00
12		Рентгенография периферических отделов скелета и позвоночника в 2 проекциях	574,00
13	A06.25.002	Рентгенография височной кости	469,00

4.КАБИНЕТ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

№ п/п	Код медицинской услуги по приказу МЗ РФ 804Н	Наименование медицинских услуг	Цена, руб.
1	A05.23.001	Электроэнцефалография	1050,00
2	A05.10.004	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных (ЭКГ)	280,00

5.КАБИНЕТ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

№ п/п	Код медицинской услуги по приказу МЗ РФ 804Н	Наименование исследования	Цена, руб.
1	A04.22.001	Ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез	386,00
2	A04.28.002.005	Ультразвуковое исследование мочевого пузыря с определением остаточной мочи	386,00
3	A04.21.001 A04.28.003	Ультразвуковое исследование предстательной железы и органов мошонки	504,00
4	A04.14.001 A04.14.002	Ультразвуковое исследование печени и желчного пузыря	481,00
5	A04.28.001	Ультразвуковое исследование почек и надпочечников	504,00
6	A04.14.002.001	Ультразвуковое исследование желчного пузыря с определением его сократимости	1316,00
7	A04.06.001	Ультразвуковое исследование селезенки	460,00
8	A04.10.002	Эхокардиография	1029,00
9	A04.16.001	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости комплексное (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка, почки и надпочечники)	1417,00