

**Перечень работ (услуг),  
составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией**

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Санкт-Петербургского Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская поликлиника № 8» «Детское поликлиническое отделение № 58» в соответствии с лицензией № ЛО-78-01-011379, выданной 16 декабря 2020г.:

□ **услуги, оказываемые по адресу г. Санкт-Петербург, пр-т Искровский, д. 33** при осуществлении доврачебной медицинской помощи по: лабораторной диагностике, лечебной физкультуре и спортивной медицине, медицинскому массажу, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу в педиатрии, физиотерапии, функциональной диагностике; при осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе: при осуществлении первичной медико-санитарной помощи по: детской кардиологии, детской эндокринологии, клинической лабораторной диагностике, лечебной физкультуре и спортивной медицине, общественному здоровью и организации здравоохранения, оториноларингологии, офтальмологии, педиатрии, рентгенологии, травматологии и ортопедии, физиотерапии, функциональной диагностике, ультразвуковой диагностике, экспертизе временной нетрудоспособности, при осуществлении специализированной медицинской помощи по: детской кардиологии, детской хирургии, детской эндокринологии, детской урологии-андрологии, инфекционным болезням, клинической лабораторной диагностике, лечебной физкультуре и спортивной медицине, мануальной терапии, неврологии, общественному здоровью и организации здравоохранения, оториноларингологии, офтальмологии, рентгенологии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, физиотерапии, функциональной диагностике, экспертизе временной нетрудоспособности. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи по: вакцинации (проведению профилактических прививок), эпидемиологии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), медицинским осмотрам профилактическим.

Приложение является неотъемлемой частью Договора, составлено на одном листе и подписано в двух (трех) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру у «Заказчика» («Потребителя») и «Исполнителя».

Исполнитель:

Главный врач \_\_\_\_\_ Комарницкий В.М.

Заказчик:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Приложение № 2  
к Договору оказания  
платных медицинских услуг**

**Информированное добровольное согласие пациента (законного представителя)  
на предоставление медицинских услуг на платной основе**

г. Санкт-Петербург

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г..

Настоящее добровольное информированное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального Закона Российской Федерации от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

На основании пункта 7 статьи 30 Федерального Закона Российской Федерации от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»,

я, гражданин (ка), далее «Заказчик», действующий в интересах «Потребителя» и являясь его законным представителем, желаю добровольно заключающий настоящий Договор на предоставление платных медицинских услуг в Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Городская поликлиника № 8» Детское поликлиническое отделение № 58 (далее – ДПО 58).

Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение о предлагаемых медицинских услугах. Мне разъяснено, что аналогичные медицинские услуги можно получить в других медицинских учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе в рамках системы обязательного медицинского страхования (далее ОМС), Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам медицинской помощи на территории Санкт-Петербурга, утверждаемых ежегодно в установленном порядке (далее – соответственно Программа, Территориальная программа)

Решение об отказе от получения медицинской услуги \_\_\_\_\_  
в рамках ОМС, Программы и Территориальной программы принято в связи с \_\_\_\_\_

Я получил(а) полную информацию о местонахождении учреждения (его гос. регистрации), режиме работы, лицензии, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, о квалификации специалистов. Даю согласие на оказание медицинских услуг на платной основе и ответственен(на) за их оплату.

Я ознакомлен(а) с действующим Прейскурантом и согласен(на) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним за счет своих личных средств.

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа. Положения, которые мне разъяснены, мною поняты.

Информацию до «Заказчика» довел: \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О.)

Подпись Исполнителя: \_\_\_\_\_ Подпись Заказчика: \_\_\_\_\_ Подпись Потребителя: \_\_\_\_\_

Уведомление к договору  
оказания платных медицинских услуг

г. Санкт-Петербург

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Я, гражданин (ка) \_\_\_\_\_

(Ф.И.О., дата рождения)

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_,

(когда, кем)

адрес места жительства: \_\_\_\_\_, телефон: \_\_\_\_\_,

далее «Заказчик», действующий в интересах «Потребителя» \_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

и являясь его законным представителем настоящим подтверждаю, что уведомлен(на) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) «Исполнителя» (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставленной платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья «Потребителя»

Данное разъяснение было дано до заключения (подписания) Договора оказания платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**От «Исполнителя»:**

Главный врач

\_\_\_\_\_ Комарницкий В.М.

**От «Заказчика»:**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

**СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ  
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО**

Я, \_\_\_\_\_,

*ФИО законного представителя*

паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_,  
(серия, номер) (когда и кем выдан)

(в случае опекуинства указать реквизиты документа, на основании которого осуществляется опека или попечительство)

являясь законным представителем несовершеннолетнего

\_\_\_\_\_

*(ФИО несовершеннолетнего)*

приходящегося мне \_\_\_\_\_, зарегистрированного по адресу:

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ, даю согласие на обработку своих и ребенка персональных данных в Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Городская поликлиника № 8» Детское поликлиническое отделение № 58 (далее – Оператор, ответственный за обработку персональных данных в учреждении; адрес медицинского учреждения г. Санкт-Петербург, пр. Искровский, д. 33 при оказании ему медицинских услуг.

Подтверждаю свое согласие на обработку своих и ребенка персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество; пол; дата рождения, адрес места жительства, телефон, данные документа, удостоверяющего личность, данные полиса ОМС (или ДМС); договора платных услуг; страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде РФ (СНИЛС), сведения о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью; сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» №152-ФЗ даю согласие на обработку персональных данных Оператором, ответственным за обработку персональных данных в учреждении при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Оператор, ответственный за обработку персональных данных в учреждении имеет право:

- при обработке персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, фондами ОМС, иными организациями;

- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу персональных данных иным организациям, при условии, что указанные предоставление передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Даю согласие на то, что срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты и составляет двадцать пять лет. По истечении указанного срока хранения персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои и ребенка персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации.

Оператор, ответственный за обработку персональных данных в учреждении, вправе осуществлять действия с поименованными в Соглашении персональными данными путем:

- автоматизированной обработки моих и ребенка персональных данных в защищенных в установленном порядке автоматизированных информационных системах;

- обработки моих и ребенка персональных данных, защищенных в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

Даю согласие оператору ГИС ЕИАСБУ (Комитет финансов Санкт-Петербурга, адрес: 191144, Санкт-Петербург, Новгородская ул., д.20, литер А) на обработку своих и ребенка персональных данных.

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

Не возражаю против проверки предоставленных мною данных. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т.ч. и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных несовершеннолетнего Оператор обязан прекратить их обработку.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Согласие получено «\_\_» \_\_\_\_\_ г.

(подпись, Ф.И.О.)

Уполномоченный представитель медицинской организации \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (подпись, Ф.И.О.)

**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)

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_,  
являясь законным представителем ребенка \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка)

дата рождения "\_\_\_" \_\_\_\_\_ г., даю информированное добровольное согласие на виды 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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Городская поликлиника № 8» Детское поликлиническое отделение № 58

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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 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. 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)

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

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

Выражаю свое добровольное согласие на обработку, хранение и использование персональных данных ребенка \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

"\_\_\_" \_\_\_\_\_ г.

(дата оформления)