

/ 20 г.

ТЕРАПЕВТ

Жалобы:

АД мм рт. ст.; Пульс уд./мин

Тоны сердца чистые, ритмичные, приглушенные:

Дыхание везикулярное жесткое хрипы сухие нет

Живот мягкий безболезненный

Диагноз:

Заключение: годен (не годен) к управлению транспортными средствами на категории

A	B	C	D	BE	CE	DE	Tm
Tb	M	A1	B1	C1	D1	C1E	D1E

Ограничения: имеются/отсутствуют

Подпись м.п. врача.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ КОМИССИИ:

Диагноз

Заключение: годен (не годен) к управлению транспортными средствами категории

A	B	C	D	BE	CE	DE	Tm
Tb	M	A1	B1	C1	D1	C1E	D1E

Ограничения: имеются/отсутствуют

Годен: без очков/ в очках/ линзах (нужное подчеркнуть)

Дата выдачи медицинского заключения: « » 202 г.

Подпись м.п. врача

КАРТА №

К медицинскому бланку

Серия №

медицинского освидетельствования

водителя (кандидата в водители)

транспортных средств

на территории Санкт-Петербурга

ДАТА

Ф.И.О.

Дата рождения (полностью) Пол

Паспорт номер

Выдан

Группа крови резус фактор

Адрес регистрации

Телефон

Водительский стаж

Флюорография

Гинеколог

Заявленные категории:

A	B	C	D	BE	CE	DE	Tm
Tb	M	A1	B1	C1	D1	C1E	D1E

____/____20____г ОФТАЛЬМОЛОГ

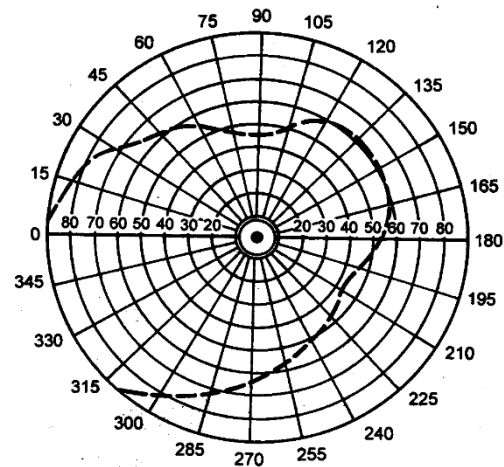
Жалобы пациента: _____

Острота зрения OD _____

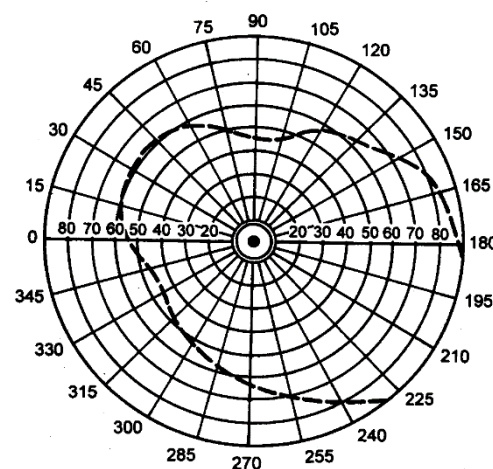
Острота зрения OS _____

Поля зрения OD _____ Поля зрения OS _____

Левый



Правый



ВГД _____

Цветовосприятие _____

Глазное дно _____

Диагноз: _____

Заключение: годен (не годен) к управлению транспортными средствами на категории

A	B	C	D	BE	CE	DE	Tm
Tb	M	A1	B1	C1	D1	C1E	D1E

Годен: без очков/ в очках/ линзах (нужное подчеркнуть)

Подпись _____ м.п. врача

____/____20____г ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГ

Жалобы: _____

Слух AD ш. р. _____ AS ш. р. _____ ОР _____ ст _____

Вестибулярные расстройства _____

Заключение: годен (не годен) к управлению транспортными средствами на категории

A	B	C	D	BE	CE	DE	Tm
Tb	M	A1	B1	C1	D1	C1E	D1E

Ограничения: имеются/отсутствуют

Подпись _____ м.п. врача

____/____20____г НЕВРОЛОГ

Жалобы: _____

ЧМТ _____

Эпилепсия _____

Неврологический статус, мышечная атрофия _____

ЧМИ _____

Сила в конечностях _____

Сухожильные рефлексы _____

Чувствительность _____

Координационные пробы _____

Диагноз: _____

Заключение: годен (не годен) к управлению транспортными средствами на категории

A	B	C	D	BE	CE	DE	Tm
Tb	M	A1	B1	C1	D1	C1E	D1E

Ограничения: имеются/отсутствуют

Подпись _____ м.п. врача

- с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее - стандарт медицинской помощи).

- 2.3. Платные медицинские услуги должны соответствовать номенклатуре медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию Потребителя.
- 2.4. Получателем платных медицинских услуг является Потребитель.
- 2.5. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.
- 2.6. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором, является неотъемлемой частью настоящего договора.
- 2.7. 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".
- 2.8. Услуги оказываются Заказчику в _____, кабинете № _____
- 2.9. Ответственный за исполнение условий договора (Ф.И.О. врача) _____
- 2.10. Услуги оказываются в следующие сроки (нужное отметить):

☒ в день заключения договора; в течение ____ дней.

3. Права и обязанности сторон

- 3.1. Исполнитель обязуется:
- 3.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в полном объеме с соблюдением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.
- 3.1.2. Предоставить Потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:
- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;
 - об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.
- 3.1.3. Обеспечить участие высококвалифицированного медицинского персонала для предоставления услуг по настоящему договору.
- 3.1.4. При предоставлении платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.
- 3.1.5. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, а также денежных средств, поступивших от Потребителя.
- 3.1.6. 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 соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора. Дополнительные медицинские услуги при необходимости их оказания предоставляются в случае оказания Потребителю стационарной помощи - на основании дополнительного соглашения к настоящему договору, в иных случаях - на основании отдельно заключаемого договора.
- 3.1.7. 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.
- 3.2. Исполнитель вправе:
- 3.2.1. При выявлении у Потребителя противопоказаний к проведению лечебных и диагностических мероприятий отказать в их проведении.
- 3.2.2. Требовать от Потребителя соблюдения:
- графика прохождения процедур;
 - режима при приеме лекарственных препаратов;
 - назначений, рекомендаций специалистов;
 - лечебно-охранительного режима;
 - правил внутреннего распорядка лечебного учреждения;
 - правил техники безопасности и пожарной безопасности.
- 3.2.3. Отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Потребителем правил внутреннего распорядка лечебного учреждения, рекомендаций и назначений специалистов и нарушении режима работы учреждения.
- 3.2.4. Использовать результаты, описание хода лечения и прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без указания данных Потребителя, достаточных для его идентификации.
- 3.3. Потребитель обязуется:
- 3.3.1. Оплатить оказанную Исполнителем медицинскую услугу (выполненную работу) в порядке и сроки, установленные настоящим договором.
- 3.3.2. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.
- 3.3.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору.
- 3.3.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги, соблюдать Правила внутреннего распорядка медицинской организации, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.
- 3.3.5. Согласовывать со специалистами, оказывающими платные медицинские услуги, употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей и прочего.
- 3.4. Потребитель имеет право:
- 3.4.1. Получать медицинские услуги в соответствии с обязательными требованиями порядков оказания медицинской помощи, стандартов и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи.
- 3.4.2. В доступной для него форме получить информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.
- 3.4.3. Получить у Исполнителя медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об

используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

4. Стоимость платных медицинских услуг и порядок расчетов

- 4.1. На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета, при этом она является неотъемлемой частью настоящего договора.
- 4.2. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю, определяется в соответствии с действующим в медицинской организации Прейскурантом и (или) сметой на предоставление платных медицинских услуг.
- 4.3. Потребителю в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).
- 4.4. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя. Без оформления дополнительного соглашения к договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости Исполнитель не вправе предоставлять медицинские услуги на возмездной основе.
- 4.5. 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.
- 4.6. Оплата услуг по договору осуществляется на основании Перечня предоставляемых платных медицинских услуг, указанного в п.1.3. настоящего Договора, наличными денежными средствами или с использованием платежных банковских карт по выбору Потребителя, до момента оказания услуг в день заключения настоящего Договора.
- 4.7. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Потребителя удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Потребителем по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.
- 4.8. В целях защиты прав потребителя Исполнитель по обращению Потребителя выдает следующие документы, подтверждающие фактические расходы Потребителя на оказанные медицинские услуги и (или) приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения:
- копию договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения);
 - справку об оплате медицинских услуг по установленной форме;
 - рецептурный бланк с проставленным штампом "Для налоговых органов Российской Федерации, идентификационный номер налогоплательщика", заверенный подписью и личной печатью врача, печатью медицинской организации;
 - документы установленного образца, подтверждающие оплату лекарственных препаратов.

5. Ответственность сторон за невыполнение условий договора

- 5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.
- 5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- 5.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье в соответствии с п. 3.3.2 настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных п. 3.3.4 настоящего договора.
- 5.4. При наличии в настоящем договоре условий, ущемляющих права Потребителя, которые могут повлечь причинение ему убытков, они подлежат возмещению Исполнителем в полном объеме в соответствии со статьей 13 Закона РФ от 7 февраля 1992 г. N 2300-I "О защите прав потребителей". Требование Потребителя о возмещении убытков подлежит удовлетворению в течение десяти дней со дня его предъявления.
- 5.5. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

6. Конфиденциальность

- 6.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.
- 6.2. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

7. Заключительные положения

- 7.1. При заключении настоящего договора Потребителю предоставлена следующая информация:
- о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - программа) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - территориальная программа). Отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы;
 - перечень платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, указанной в п. 2.3 настоящего договора, с указанием цен в рублях;
 - сроки ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, в случае участия исполнителя в реализации территориальной программы;
 - иная информация, предусмотренная Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.
- 7.2. Потребитель подтверждает, что на момент заключения настоящего договора ему в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:
- порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
 - информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);
 - другие сведения, относящиеся к предмету договора.

7.3. До заключения настоящего договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

✓ Подпись Потребителя _____

7.4. Потребитель уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

7.5. Потребитель вправе направить обращение (жалобу) в Территориальный орган Росздравнадзора по г. Санкт-Петербургу и Ленинградской области:

- почтовым отправлением по адресу: 197342, Санкт-Петербург, ул. Кантемировская, д. 4, лит. А;

- путем заполнения формы обращения на официальном сайте Территориального органа: <https://78reg.roszdravnadzor.ru>.

7.6. При предъявлении Потребителем требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной медицинской услуги), Исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей".

7.7. После исполнения настоящего договора Исполнитель выдает Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

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

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

7.10. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг настоящий договор расторгается, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7.11. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Потребителя.

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

8. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель

СПБ ГБУЗ «Городская поликлиника №60 Пушкинского района»

ИНН / КПП 7820013680 / 782001001, ОГРН 1027809010217

Адрес: 196601, г. Санкт-Петербург, г. Пушкин,

ул. Московская, д.15, литер А.

Почтовый адрес: 196607, Санкт-Петербург, г. Пушкин,

ул. Магазейная д.15, тел. 246-08-01

Адрес сайта: <http://gp60.ru>

E-mail: p60@zdrav.spb.ru

Получатель: Комитет финансов Санкт-Петербурга (СПБ ГБУЗ «Городская поликлиника №60 Пушкинского района» л\с 0731011)

Банк: Северо-Западное ГУ Банка России// УФК по

г. Санкт-Петербургу, г. Санкт-Петербург

р/счет № 03224643400000007200

кор/счет № 40102810945370000005 БИК 014030106

Главный врач

_____ К.К. Дзодзуашвили

м.п.

Потребитель

Ф _____

И _____

О _____

Адрес регистрации

СНИЛС _____

Паспорт _____

Выдан _____

_____ / _____ /

(подпись)

(Ф.И.О.)

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

г . Санкт-Петербург _____

Субъект персональных данных, _____,
(ФИО полностью)

серия _____ № _____

(вид основного документа, удостоверяющего личность)

выдан _____
(кем и когда)

Проживающий(ая) по адресу _____,

Принимаю решение о предоставлении моих персональных данных и даю согласие на их обработку свободно, своей волей и в своем интересе.

Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных: **СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 60 Пушкинского района», ИНН 7820013680, 196601, СПб, г. Пушкин, ул. Московская, д. 15.**

Со следующей целью обработки персональных данных: выполнение заключенного в простой письменной форме договора с оператором персональных данных, об оказании услуг по медицинскому освидетельствованию водителей транспортных средств.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных: фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес проживания.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, это общее описание персональных данных, путем смешанной обработки (сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение, распространение, в том числе передача, обезличивание, блокирование, уничтожение).

Срок, в течение которого действует согласие субъекта персональных данных, а также способ его отзыва, если иное не установлено федеральным законом:

- Срок действия настоящего согласия – 1 год;
- На основании письменного обращения персональных данных с требованием о прекращении обработки его персональных данных оператор прекратит обработку таких персональных данных в течении 3 (трех) рабочих дней, о чем будет направлено письменное уведомление субъекту персональных данных в течении 10 (десяти) рабочих дней;
- Ликвидация или реорганизация СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 60 Пушкинского района».

В порядке предусмотренным действующим законодательством РФ, согласие может быть отозвано субъектом персональных данных путем письменного обращения к оператору, получающему согласие субъекта персональных данных.

Я согласен с тем, что по моему письменному требованию уведомление об уничтожении персональных данных будет вручаться мне (моему представителю) по месту нахождения обособленного подразделения Оператора.

Подпись субъекта персональных данных:

(ФИО полностью, подпись)

Информированное добровольное согласие на медицинское(ие) вмешательство(а).

г. Санкт-Петербург _____

Я, _____,

_____ . рождения, даю информированное добровольное согласие на медицинское(ое) вмешательство(а), включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации, утвержденный приказом МЗ СР России от 23.04.2012г. №390 и при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 60 Пушкинского района» медицинским работником.

(должность, ФИО медицинского работника)

Я ознакомлен с Перечнем видов медицинских вмешательств (опрос, осмотр, термометрия, гонометрия, неинвазивные исследования органа зрения, слуха и нервной системы, лабораторные, функциональные и рентгенологические методы обследования, ЛФК, массаж, введение лекарственных препаратов); в доступной для меня форме даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в Перечень видов медицинских вмешательств, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства.

(Подпись)

(ФИО гражданина)