

Приложение №1 Порядка постановки в очередь на получение услуги в виде бесплатного изготовления и ремонта зубных протезов (меры социальной поддержки) категориям граждан, имеющих право на меры социальной поддержки БУ «Ханты-Мансийская клиническая стоматологическая поликлиника»

**Порядок выдачи справок для граждан, не воспользовавшихся правом на бесплатное изготовление и ремонт зубных протезов в БУ «Ханты-Мансийская клиническая стоматологическая поликлиника»**

1. Пациент желающий получить справку, подтверждающую тот факт, что им не было реализовано право бесплатного изготовления и ремонта зубных протезов за счет средств бюджета автономного округа за последние два календарных года, оформляет в регистратуре Учреждения заявление с указанием Ф.И.О. полностью, даты рождения, адреса проживания, контактного телефона.
2. После оформления заявления, медицинский регистратор передает заявление в приемную, где секретарь Учреждения регистрирует заявление с присвоением входящего номера.
3. Далее зарегистрированное заявление поступает в бухгалтерию, где производится проверка факта предоставления гражданину услуги бесплатного изготовления зубных протезов за счет средств автономного округа. При подтверждении факта отсутствия в течение 2х календарных лет реализации права на получение меры социальной поддержки, бухгалтер по финансовому учету оформляет справку на заявителя. Главный бухгалтер (лицо, исполняющее обязанности) подписывает справку.
4. В случае, если заявителю была оказана услуга бесплатного зубопротезирования, к заявлению с визой главного бухгалтера о реализации права на бесплатное зубопротезирование прикладываются акты выполненных работ. В данном случае заявление с актами поступает в приемную, где секретарь извещает пациента об отказе в выдаче справки, а документы передают заведующему отделением платных медицинских услуг.
5. Далее справка поступает в приемную, где после подписания руководителем, регистрируется секретарем и направляется заявителю почтой на указанный им адрес/нарочно.
6. Бухгалтеру по финансовому учету при проведении контроля о факте предоставления гражданину меры социальной поддержки в виде бесплатного зубопротезирования не следует считать медицинские услуги, относящиеся к ремонту зубных протезов. В случае, если гражданину оказана мера социальной поддержки в виде ремонта зубных протезов, то гражданин обладает правом на бесплатное зубопротезирование.
7. Ответ на обращение заявителя направляется на указанный им адрес/нарочно в срок не превышающий 30 дней со дня регистрации обращения.

Приложение №2 Порядка постановки в очередь на получение услуги в виде бесплатного изготовления и ремонта зубных протезов (меры социальной поддержки) категориям граждан, имеющих право на меры социальной поддержки БУ «Ханты-Мансийская клиническая стоматологическая поликлиника»

**Договор об оказании ортопедических стоматологических услуг  
изготовление и ремонт зубных протезов за счет средств бюджета Ханты-Мансийского  
автономного округа - Югры**

г. Ханты-Мансийск

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

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Ханты-Мансийская клиническая стоматологическая поликлиника», находящееся по адресу: 628011, г. Ханты-Мансийск, ул. Розина, д.75, Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц о юридическом лице, зарегистрированном до 1 июля 2002 года №1028600508925 от 06.05.2002г., выданное Межрайонной инспекцией Министерства по налогам и сборам России №1 по Ханты -Мансийскому автономному округу, Лицензия № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_, выданная Службой по контролю и надзору в сфере здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры, именуемое в дальнейшем «Исполнитель/Учреждение», в лице главного врача Казаковой Валентины Алексеевны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин (ка)

---

ФИО Пациента (Законного представителя)

действующий (ая) в интересах несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица:

---

ФИО несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица

---

именуемый (ая) в дальнейшем «Пациент» и/или «Законный представитель», с другой стороны, в дальнейшем совместно именуемые «Стороны», в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановлением Правительства ХМАО - Югры от 30.12.2004 № 498-п «О предоставлении и финансировании меры социальной поддержки в виде бесплатного изготовления и ремонта зубных протезов за счет средств бюджета Ханты-Мансийского автономного округа – Югры» заключили настоящий договор о нижеследующем:

### 1. Предмет договора

1.1. Исполнитель берет на себя обязательство оказать Пациенту ортопедические стоматологические услуги (далее – медицинская услуга), отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения стоматологических заболеваний, действующим стандартам и порядкам на территории РФ, а Пациент (Законный представитель) обязуется подтвердить документально право воспользоваться медицинской

услугой в соответствии с Постановлением Правительства ХМАО - Югры от 30.12.2004 N 498-п «О предоставлении и финансировании меры социальной поддержки в виде бесплатного изготовления и ремонта зубных протезов за счет средств бюджета Ханты-Мансийского автономного округа – Югры».

1.2. Перечень стоматологических услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим Договором, объем работ, услуг и их стоимость содержатся в наряде, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.3. Неотъемлемой частью договора являются следующие наряды:

1.4. Срок оказания услуг с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

## **2. Права и обязанности сторон**

### **2.1. Пациент (Законный представитель) обязуется:**

2.1.1. ознакомиться на информационных стендах и/или официальном сайте Исполнителя, а в дальнейшем соблюдать действующие правила поведения пациентов в БУ «Ханты-Мансийская клиническая стоматологическая поликлиника»;

2.1.2 до назначения курса лечения сообщить лечащему врачу все сведения о наличии у Пациента других заболеваний, применяемых лекарственных препаратов и/или процедур, а также другую информацию, влияющую на течение или лечение заболевания;

2.1.3. дать добровольное согласие или отказаться от медицинского вмешательства (в письменной форме);

2.1.4. отказаться на весь курс лечения от употребления наркотических средств и лекарств их содержащих, психотропных препаратов, спиртных напитков;

2.1.5. при прохождении курса лечения сообщать лечащему врачу о любых изменениях самочувствия;

2.1.6. выполнять все требования медицинского персонала Исполнителя во время всего курса лечения, соблюдать согласованный план лечения, рекомендации лечащего врача, в том числе диспансерный режим лечения. В случае несоблюдения вышеуказанных требований, в том числе назначенного режима лечения, качество лечения может быть снижено, что может повлечь за собой невозможность его завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента;

### **2.2 Пациент (Законный представитель) имеет право:**

2.2.1. выбрать лечащего врача (с учетом его согласия);

2.2.2 на профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

2.2.3. на получение от Исполнителя сведений о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности;

2.2.4. на получение сведений о специалистах, участвующих в предоставлении медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;

2.2.5. на получение информации о перечне услуг с указанием их стоимости об условиях предоставления и получения этих услуг;

2.2.6. получать от Исполнителя для ознакомления в доступной для понимания и восприятия форме любые сведения о состоянии здоровья Пациента, течении заболевания, плане лечения, данные результатов дополнительных методов обследования, результаты анализов, а также любую информацию об Исполнителе в рамках действующего законодательства;

2.2.7. на облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством;

2.2.8. на выбор лиц, которым в интересах Пациента, Исполнителем может быть передана информация о состоянии его здоровья (от Пациента (Законного представителя) в письменной форме);

- 2.2.9. отказаться от медицинского вмешательства (в письменной форме до момента начала его оказания).
- 2.2.10. требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии здоровья (врачебной тайны) и не разглашения персональных данных Пациента Исполнителем;
- 2.2.11. на возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи.

### **2.3. Исполнитель обязуется:**

- 2.3.1. до заключения договора информировать Пациента (Законного представителя) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.
- 2.3.2. оказывать медицинские услуги качественно в соответствии с разрешенными на территории Российской Федерации медицинскими технологиями, действующими порядками и стандартами оказания медицинской помощи и в срок, указанным в данном Договоре;
- 2.3.3. гарантировать качество медицинской помощи в соответствии с действующим на территории автономного округа положением «Об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании стоматологической помощи в медицинских организациях всех форм собственности Ханты-Мансийского автономного округа-Югры, при условии соблюдения Пациентом требований, заявленных в п. 2.1.6.
- 2.3.4. использовать лекарственные препараты, зарегистрированные на территории Российской Федерации с соблюдением срока годности;
- 2.3.5. за период прохождения курса лечения по возможности добиться значительного улучшения состояния здоровья Пациента;
- 2.3.6. на основании результатов обследований информировать Пациента (Законного представителя) о состоянии здоровья Пациента, дать Пациенту (Законному представителю) разъяснения и рекомендации о необходимости и методах лечения, определить и согласовать с Пациентом (Законным представителем) план лечения;
- 2.3.7. соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия и здоровья Пациента (врачебную тайну) и не разглашать персональные данные Пациента (Законного представителя);
- 2.3.8. разместить на информационных стендах необходимую Пациенту (Законному представителю) информацию (Лицензия на осуществление медицинской деятельности, Положение о средних гарантированных сроках на работу при оказании стоматологических услуг, Порядке постановки в очередь на получение услуги в виде бесплатного изготовления и ремонта зубных протезов (меры социальной поддержки) категориям граждан, имеющих право на меры социальной поддержки, Правил поведения пациентов в учреждении, Информацию о ценах и т.д).
- 2.3.9. в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», а также на информационных стендах Учреждения предоставлена в доступной форме информация о порядке постановки в очередь на получение услуги в виде бесплатного изготовления и ремонта зубных протезов (меры социальной поддержки) категориям граждан, имеющих право на меры социальной поддержки в соответствии с действующим законодательством РФ и Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.

### **2.4. Исполнитель имеет право:**

- 2.4.1. требовать от Пациента (Законного представителя) соблюдения правил поведения пациентов в бюджетном учреждении ХМАО - Югры «Ханты-Мансийская клиническая стоматологическая поликлиника»;

2.4.2. отказать Пациенту в оказании медицинской помощи, в случаях неисполнения Пациентом врачебных назначений и рекомендаций, некорректного поведения, неоднократных опозданий и неявок на прием;

2.4.3. не оказывать медицинскую помощь, при отказе Пациента (Законного представителя) подписывать информированное добровольное согласие, согласие на обработку персональных данных, а также если пациент находится в алкогольном или наркотическом опьянении.

### **3. Согласие Пациента на объем и условия оказываемых медицинских услуг**

3.1. Подписывая настоящий договор Пациенту (Законному представителю) разъяснено и им осознанно следующее:

3.1.1. что проводимое лечение не гарантирует 100% результат и что при проведении медицинских вмешательств и после них, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.

3.1.2. что для получения лучших результатов лечения Пациент должен исполнять все назначения, рекомендации и советы лечащего врача Учреждения.

3.1.3. что Пациент может получить как один из видов медицинских услуг, так и несколько видов данных услуг.

3.2. Подписывая настоящий договор Пациент (Законный представитель) согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма Пациента, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Исполнитель не несет ответственности за их возникновение.

3.3. Подписывая настоящий договор Пациент (Законный представитель) подтверждает, что им добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с лечащим врачом выбраны виды медицинских услуг, которые указаны в наряде, являющемся приложением, к настоящему договору.

3.4. Пациент (Законный представитель) проинформирован, что медицинской услугой - в виде изготовления и ремонта зубных протезов за счет средств бюджета Ханты-Мансийского автономного округа - Югры я вправе воспользоваться один раз в два календарных года.

3.5. Пациент (Законный представитель) проинформирован, что по поводу имеющегося у Пациента заболевания последний может получить медицинскую помощь в других медицинских организациях, но на платной основе, изготовления и ремонта зубных протезов за счет средств бюджета Ханты-Мансийского автономного округа – Югры предоставляется в государственных медицинских организациях. Пациент (Законный представитель) подтверждает свое согласие на получение указанной медицинской услуги у Исполнителя.

3.6. Подписывая настоящий договор Пациент (Законный представитель) дает согласие на обработку его персональных данных. С согласия Пациента (Законного представителя) допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Пациента.

### **4. Стоимость услуг и порядок платежей**

4.1. Стоимость Услуги устанавливается действующей на момент оказания услуги Информацией о ценах на платные стоматологические ортопедические услуги (в российских рублях).

4.2. Расчеты за оказанные услуги между сторонами не производятся.

### **5. Ответственность сторон**

5.1. Исполнитель не несет ответственности за результаты оказания Услуг в случаях несоблюдения Пациентом рекомендаций по лечению и иных неправомерных действий.

5.2. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим договором, Стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров на уровне лечащего врача, заведующего отделением, заместителя главного врача по медицинской части, главного врача.

При невозможности достижения согласия спор подлежит передаче на рассмотрение суда в соответствии с законодательством РФ.

### 6. Иные условия и срок действия договора

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и завершается после выполнения сторонами своих обязательств.

6.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, один находится у Пациента (Законного представителя), другой - у Исполнителя.

6.3. Настоящий договор подписан Пациентом на приеме у лечащего врача после проведения разъяснительной беседы.

### 7. Подписи сторон

Исполнитель

Бюджетное учреждение ХМАО-Югры  
«Ханты-Мансийская клиническая  
стоматологическая поликлиника»  
628011, г. Ханты-Мансийск, ул.Рознина 75  
Тел.: приемная (3467) 351-700, регистратура -  
351-744

Главный врач

Подпись \_\_\_\_\_ В.А. Казакова

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г

Пациент/ Законный представитель

\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г

Приложение №3 Порядка постановки в очередь на получение услуги в виде бесплатного изготовления и ремонта зубных протезов (меры социальной поддержки) категориям граждан, имеющих право на меры социальной поддержки БУ «Ханты-Мансийская клиническая стоматологическая поликлиника»

## СОГЛАСИЕ

### на обработку персональных данных

Я (далее - Субъект), \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

«\_\_» \_\_\_\_\_ г. рождения,  
документ удостоверяющий личность \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,  
(вид документа)

выдан \_\_\_\_\_  
(кем и когда)

зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_,

контактный телефон \_\_\_\_\_.

даю свое согласие бюджетному учреждению Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Ханты-Мансийская клиническая стоматологическая поликлиника»,

зарегистрированному по адресу: г. Ханты-Мансийск, ул. Рознина, д. 75, на обработку своих персональных данных, на следующих условиях:

1. Оператор осуществляет обработку персональных данных Субъекта исключительно в целях предоставления меры социальной поддержки в виде бесплатного изготовления и ремонта зубных протезов за счет средств бюджета Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.
2. Перечень персональных данных, передаваемых Оператору на обработку:
  - фамилия, имя, отчество;
  - дата рождения;
  - паспортные данные;
  - контактный телефон (дом., сотовый, рабочий);
  - фактический адрес проживания;
  - адрес размещения офиса;
  - прочие.
3. Субъект дает согласие на обработку Оператором своих персональных данных, то есть совершение, в том числе, следующих действий: обработку (включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных), при этом общее описание вышеуказанных способов обработки данных приведено в Федеральном законе от 27.07.2006

№ 152-ФЗ, а также на передачу такой информации третьим лицам, в случаях, установленных нормативными документами вышестоящих органов и законодательством.

4. Субъект дает согласие на запрос дополнительной информации из Отдела по вопросам миграции МО МВД России «Ханты-Мансийский» в целях получения сведений о количестве зарегистрированных совместно с ним граждан.
5. Настоящее согласие действует бессрочно.
6. Настоящее согласие может быть отозвано Субъектом в любой момент по соглашению сторон. В случае неправомерного использования предоставленных данных соглашение отзывается письменным заявлением субъекта персональных данных.
7. Субъект по письменному запросу имеет право на получение информации, касающейся обработки его персональных данных (в соответствии с п.4 ст.14 Федерального закона от 27.06.2006 № 152-ФЗ).

Подтверждаю, что ознакомлен (а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

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

\_\_\_\_\_  
*Подпись*

\_\_\_\_\_  
*ФИО*