

2019

ДОГОВОР № 45
на оказание медицинских услуг

г. Екатеринбург

«15» 01 2019г

Муниципальное автономное учреждение «Детская городская поликлиника № 13», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Главного врача Аверьяновой С.С., действующего на основании Устава, с одной стороны, и ГАУ СО Спортивная школа олимпийского резерва «Уральская шахматная академия» (ГАУ СО СШОР «Уральская шахматная академия») именуемое в дальнейшем «Заказчик», в лице директора Крушинского Сергея Сергеевича, действующего на основании Устава, с другой стороны, заключили договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель оказывает медицинские услуги по углубленному медицинскому обследованию (далее – УМО) обучающихся Заказчика, в том числе обследование в Центре Здоровья по формированию здорового образа жизни

1.2. Количество обследуемых и сроки проведения УМО согласовываются при утверждении графика УМО обучающихся учреждений, подведомственных Управлению по развитию физической культуры, спорта и туризма Администрации г. Екатеринбурга и Министерству физической культуры и спорта Свердловской области

1.3. Обследование проводится в соответствии с «Алгоритмом углубленного медицинского обследования» (Приложение №1)

2. Обязательства сторон

2.1 Исполнитель обязуется:

2.1.1 Качественно и в сроки, проводить УМО обучающихся ДЮСШ, подведомственных Управлению по развитию физической культуры, спорта и туризма Администрации города Екатеринбурга и Министерству физической культуры и спорта Свердловской области, согласно графику УМО.

2.2 Заказчик обязуется:

2.2.1. Предоставить Исполнителю не позднее, чем за 30 дней до начала УМО следующие документы:

- списки обучающихся (согласно приложению №5), направляемых на УМО, заверенные директором учреждения;

- заявления о согласии на обработку персональных данных несовершеннолетнего пациента (для лиц, обследуемых впервые) (Приложение № 2);

- фотографии учащихся формата 3Х4 (для лиц, обследуемых впервые);

- добровольные информированные согласия законного представителя ребенка на медицинское вмешательство (для лиц, обследуемых впервые), согласно Приложению №3;

- выписки из истории развития ребенка от участкового педиатра или медицинского работника образовательного учреждения, заверенные штампом учреждения, треугольной печатью и личной печатью врача по форме (Приложение №4)

2.2.2 Оригинал полисов обязательного медицинского страхования согласно списка обучающихся, направляемых на УМО предъявить непосредственно перед прохождением медицинского осмотра.

При наличии у ребенка иногороднего полиса, дополнительно предоставляется информация о паспортных данных и регистрации по месту жительства законного представителя ребенка, проживающего вместе с ребенком;

2.2.3. Сформировать группы в соответствии со списком обучающихся, направляемых на УМО и организовать их сопровождение (1 сопровождающий на 15 человек).

2.2.4. Соблюдать сроки проведения УМО, в соответствии с утвержденным графиком и списочным составом обучающихся, направляемых на УМО.

2.2.5. Направлять на УМО, согласованное в соответствии с графиком количество обучающихся.

3. Срок действия договора

3.1. Срок действия договора: с момента подписания договора сторонами до «31» декабря 2019г.

3.2. В случае, если за 30 дней до окончания срока действия договора ни одна из сторон письменно не изъяснит желания расторгнуть договор, договор считается пролонгированным на следующий год.

4. Другие условия

4.1. Споры по договору решаются сторонами по соглашению сторон. Неурегулированные вопросы разрешаются в претензионно - исковом порядке. Претензии рассматриваются в 10-дневный срок с момента получения.



4.2. В случае нарушения Заказчиком графика обследования, согласованного сторонами, Исполнитель вправе самостоятельно (с учетом своих возможностей) определить иные сроки обследования или отказать в нём.

4.3. В случае несвоевременного предоставления полного пакета документов, согласно п.2.2.1., Исполнитель оставляет за собой право выдать результаты обследования учащихся через 10 рабочих дней после получения полного пакета документов на всю группу обследуемых.

4.4. В случае отсутствия у обследуемых полисов обязательного медицинского страхования:

- УМО проводится на внебюджетной основе по действующему Прейскуранту;
- обследование при помощи технологий Центра здоровья не проводится;

4.5. В случае отсутствия у обследуемых добровольных информированных согласий законного представителя (доверенного лица законного представителя) на обследование ребенка, обследование при помощи технологий Центра здоровья, а также УМО не проводится;

4.6. Количество обследуемых определяется рамками муниципального задания. Учащиеся, вне согласованных списков, проходят обследование на внебюджетной основе по действующему Прейскуранту;

4.7. Договор составлен в 2х экземплярах по одному для каждой из сторон. Оба экземпляра имеют одинаковую юридическую силу.

5. Юридические адреса и подписи сторон

Исполнитель:

Заказчик:

Муниципальное автономное учреждение «Детская городская поликлиника № 13» (МАУ «ДГП № 13»

ГАУ СО Спортивная школа олимпийского резерва «Уральская шахматная академия» (ГАУ СО СШОР «Уральская шахматная академия»)

ИНН/КПП 6662061341/668501001

620100, г.Екатеринбург, ул.Ткачей, 16а

620026, Свердловская область, г. Екатеринбург, ул. Тверитина, д. 44



/Аверьянова С.С.



/Крушинский С.С.

*Приказ Министерства физической культуры и спорта Свердловской обл.
от 18.01.2019 № 4/пс*

Алгоритм углубленного медицинского обследования

1. Обследование проводится согласно утвержденным графикам:

Все изменения по УМО оговариваются сторонами дополнительно не позднее, чем за 14 дней до начала обследования.

2. Для прохождения обследования каждому учащемуся необходимо иметь:

- оригинал полиса ОМС;
- заявление на обработку и передачу персональных данных (для обследуемых впервые) заполненное законным представителем;
- добровольное информированное согласие законного представителя ребенка на обследование (для обследуемых впервые)
- фотографию 3Х4 (для обследуемых впервые);
- выписку из амбулаторной карты или медицинской карты школьника (формы 112 и 026);
- подписанный контейнер с утренней порцией мочи (для первичного в текущем учебном году УМО);
- сменную обувь или бахилы;

3. Порядок прохождения обследования:

- Обследование проводится натошак для первичного в текущем учебном году УМО (последний прием пищи, не позднее 3-х часов до начала прохождения УМО);
- Сбор для основного обследования в назначенный день и время;
- Получение у администратора врачебно-контрольных карт физкультурника и спортсмена с индивидуальным маршрутным листом;
- Прохождение УМО, согласно перечню в маршрутном листе;
- Сдача врачебно-контрольной карты;
- Выдача ответственным лицам ДЮСШ (медицинскому работнику, а также лицам, указанным в Заявлении на обработку и передачу персональных данных) списка обучающихся с заключением о возможности занятий выбранным видом спорта через 10 рабочих дней после обследования (при наличии полного пакета документов);
- Индивидуальные справки и карты по здоровому образу жизни (ЗОЖ) выдаются по требованию законного представителя ребенка в течение 7 рабочих дней с момента поступления заявления на выдачу документа;

Исполнитель:



/Аверьянова С.С.

Заказчик:



/Крушинский С.С.

Handwritten mark or signature in the bottom right corner.

Добровольное информированное согласие законного представителя пациента на медицинское вмешательство

Настоящее добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство составлено в соответствии со **ст. 20 ФЗ №323 от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»**.

Мне _____, законному представителю
(Ф.И.О. законного представителя несовершеннолетнего пациента)

_____, дата рождения (ребенка) ____ . ____ . ____ г.,
(Ф.И. ребенка)

разъяснены состояние здоровья моего ребенка и характер необходимых диагностических мероприятий.

1. Настоящим я доверяю выполнить МАУ ДГП №13 следующие названные медицинские вмешательства:

1. обследование на Аппаратно-программном комплексе;
2. скрининг сердца компьютеризированный;
3. спирометрия;
4. экспресс-анализ для определения уровня глюкозы в капиллярной крови;
5. осмотр полости рта гигиенистом стоматологическим;
6. осмотр педиатра;
7. осмотр врачей-специалистов (врач по спортивной медицине и ЛФК, невролог, хирург, офтальмолог, эндокринолог, психиатр, стоматолог, уролог-андролог, кардиолог, оториноларинголог, ортопед-травматолог, акушер-гинеколог (девочкам) и другие специалисты согласно медицинским показаниям);
8. Функциональная диагностика (по показаниям с нагрузочными пробами);
9. Лабораторное обследование: общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи и другие исследования согласно медицинским показаниям;
10. Ультразвуковая диагностика.

2. Содержание указанных медицинских действий, связанных с ними возможный риск, вероятные осложнения, ожидаемый дискомфорт и последствия, а также альтернативы предлагаемому обследованию мне известны. Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы, понял(а) всю предоставленную информацию, в том числе о преимуществе данного метода диагностики (лечения) и его недостатках.

3. Я подтверждаю, что сообщил(а) медицинскому работнику всю связанную со здоровьем моего ребенка, физическим и психическим состоянием, информацию, которая необходима для постановки диагноза и проведения лечения.

4. Я понимаю, что в ходе выполнения указанных выше медицинских действий могут возникнуть неожиданные обстоятельства, меняющие согласованный характер действий или требующие дополнительных исследований, манипуляций или процедур, не указанных в п.1 настоящего «Добровольного согласия». Я доверяю медицинскому работнику принять нужное решение в соответствии с его профессиональным суждением и выполнить медицинские действия, которые медицинский работник сочтет необходимыми для улучшения моего состояния.

5. Я признаю, что нет 100% гарантий, что выполнение указанных медицинских действий даст результаты, которые от них ожидаются.

6. Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(а) и понял(а) все написанное, и что до моей подписи оставленные пространства не были заполнены.

Подпись пациента (Ф.И.О.)

_____/_____

Медицинского работника

(Ф.И.О.) _____

/_____

Дата _____ 201__ г.

Заказчик ознакомлен:

 /Крушинский С.С.



СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных пациента

г. Екатеринбург

« ____ »

_____ 20 ____ г.

Я, _____
(ФИО полностью)

проживающий(ая) по адресу _____

паспорт серия _____ № _____ выдан (дата выдачи) _____
кем выдан _____

Раздел заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или
лица признанного недееспособным (Ф.И.О.) _____
_____ дата рождения _____

в соответствии с требованиями статей 23-24 Конституции Российской Федерации, статьи 9
Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» свободно, своей волей и в
своем интересе даю свое согласие на обработку Муниципальным автономным учреждением
«Детская городская поликлиника №13» (МАУ «ДГП №13»), зарегистрированным по адресу: 620100,
Свердловская область, г. Екатеринбург, ул. Ткачей, д. 16а (далее — Учреждение), моих
персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места
жительства, место работы, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой
номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии
моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-
профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских
услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся
медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Учреждением мне медицинской помощи я предоставляю право его работникам
осуществлять следующий перечень действий с моими персональными данными:

- обработку (любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых
с использованием средств автоматизации или без использования таких средств (на бумажных
носителях), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение
(обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение,
предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение);
- обработку посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки
(реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими
предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС);
- обмен (прием и передачу) моих персональных данных со страховой
медицинской организацией и территориальным фондом ОМС, с использованием
машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их
защиту от несанкционированного доступа, во исполнение Учреждением своих
обязательств по работе в системе ОМС;
- обмен (прием и передачу) с другими учреждениями, контролирующими органами
(Пенсионный фонд РФ, ФНС, ФСС, Федеральный орган государственной статистики), во



исполнение Учреждением своих обязательств, с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа;

- передачу данных, содержащих сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Учреждения в интересах моего обследования и лечения, в том числе с возможностью передачи с использованием бумажных и машинных носителей по каналам связи и по внутренней сети Учреждения с использованием технических и программных средств защиты информации, с доступом только для должностных лиц Учреждения, включенных в соответствующий Перечень должностных лиц, в том числе лицам, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну;
- передачу следующих данных по итогам углубленного медицинского обследования: Ф.И.О., дата рождения, диагноз, группу здоровья, физкультурную группу, рекомендации по дальнейшему обследованию директору, тренеру, медицинскому работнику ДЮСШ в которой занимается мой ребенок;
- обработку Муниципальным автономным учреждением «Медицинский информационно-аналитический центр», зарегистрированным по адресу: 620014, Свердловская область, г. Екатеринбург, ул. Челюскинцев, д. 5, литер «О», в целях осуществления эксплуатации и поддержания в работоспособном состоянии медицинской автоматизированной системы, в соответствии с частью 3 статьи 6 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и на основании договора, заключенного с Учреждением.

Предоставляемые мной персональные данные не являются общедоступными и предоставляются для обработки в соответствии с частью 1 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» только в целях оказания мне медицинских услуг и обеспечения соблюдения в отношении меня законодательства Российской Федерации в сфере здравоохранения и непосредственно связанных с ними отношений для реализации полномочий, возложенных на Учреждение действующим законодательством.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет для стационара, пять лет — для поликлиники.

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

Подтверждаю, что до подписания настоящего согласия мне разъяснено, что:

- согласие на обработку моих персональных данных действует с даты его подписания, в течение неопределенного срока;
- согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мной в любой момент на основании моего письменного заявления на имя руководителя Учреждения в соответствии с частью 2 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»;
- в случае отзыва согласия на обработку моих персональных данных Учреждение вправе продолжить обработку 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 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

Дата начала обработки персональных данных «___» _____ 20__ г.

Подпись _____

Заказчик ознакомлен:

 /Крушинский С.С.



Выписка из истории развития ребенка для спортивного врача

Ф.И.О. _____

Дата рождения (возраст) _____ ЛПУ _____ Участок _____

Домашний адрес _____

Телефон _____

Хронические заболевания _____

Травмы, операции, гемотрансфузии _____

Острые заболевания за прошедший год _____

Данные осмотра врачей-специалистов в течение года _____

Результаты ОАК, ОАМ _____

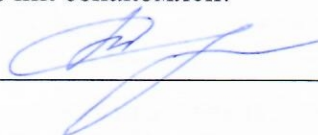
Данные УЗИ и ЭХО-КГ _____

Данные ЭКГ с функциональными пробами _____

Результаты других лабораторно-инструментальных исследований _____

Дата «__»__20__г. Врач: _____ / _____

Заказчик ознакомлен:

 /Крушинский С.С.



Список обследуемых

ДЮСШ _____ Тренер _____

Дата обследования _____
(заполняется в электронном виде или печатными буквами)

Группа №1 начало осмотра _____ ()

№	Фамилия	Имя	Отчество	Дата рождения	Полис обязательного медицинского страхования	Группа (НП1,2,3; УТ1,2,3...)
1.						
2.						
3.						

Группа №2 начало осмотра _____ ()

№	Фамилия	Имя	Отчество	Дата рождения	Полис обязательного медицинского страхования	Группа (НП1,2,3; УТ1,2,3...)
1.						
2.						
3.						

Группа №3 начало осмотра _____ ()

№	Фамилия	Имя	Отчество	Дата рождения	Полис обязательного медицинского страхования	Группа (НП1,2,3; УТ1,2,3...)
1.						
2.						
3.						

Убедительная просьба данную таблицу заполнять без ошибок. В том случае, если данные из таблицы не совпадут с базой данных ЛПУ или учащийся будет отсутствовать в списке, то данный ребенок не будет допущен до медицинского осмотра на основании пп.8 п.29 гл.3 *Постановление Правительства Свердловской области от 24.12.2015 N 1195-ПП "О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области на 2016 год"* «первичная медико-санитарная помощь в плановой форме предоставляется при предъявлении полиса обязательного медицинского страхования (далее - ОМС)...»

Заказчик ознакомлен:

 /Крушинский С.С.



ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП

Сертификат 151888114763158279608975876681060942203612702722

Владелец Степанян Альберт Азарпетович

Действителен с 03.02.2023 по 03.02.2024