

Порядок
оказания платных медицинских услуг
в УЗ «Брестский областной диспансер спортивной медицины»

1. Заказчик (пациент, юридическое лицо), желающий получить платную медицинскую услугу в учреждении здравоохранения «Брестский областной диспансер спортивной медицины» (далее - исполнитель, диспансер, учреждение), может получить всю необходимую информацию о порядке ее оказания и способах оплаты по телефонам +375 29 5995580, 34-11-73, в электронном доступе на официальном сайте www.dispanser.by, в виде стендовой информации на 1 этаже, либо непосредственно при обращении к медицинской сестре регистратуры.

2. В регистратуре заказчик может получить информацию о перечне платных медицинских услуг, стоимости и условиях их оплаты, о квалификации медицинских работников (врачей - специалистов), режиме работы учреждения, о подготовке к исследованию, иную необходимую информацию.

3. В диспансере существует система предварительной записи к врачу-физиотерапевту. Не требует предварительной записи прохождение лабораторных и рентгенологических исследований.

4. Предварительная запись населения на консультацию к врачу-кардиологу осуществляется после проведения на базе диспансера кардиологических исследований (тредмил-тест при наличии ЭХОКГ давностью не более одного года, холтеровское мониторирование электрокардиограммы, суточное мониторирование артериального давления), или по направлению врача спортивной медицины, или по направлению страховых организаций.».

5. По желанию заказчика могут проводиться только диагностические исследования без предварительной и последующей консультации специалиста, при отсутствии противопоказаний к проведению данного вида обследования. Вопрос о наличии показаний и противопоказаний в этом случае решает врач, проводящий диагностическое исследование. Рентгенологические исследования проводятся при наличии направления врача-специалиста. Рентгенологические профилактические исследования органов грудной клетки могут выполняться без направления врача.

6. По желанию пациента могут проводиться процедуры восстановительного лечения при отсутствии противопоказаний к проведению данного вида восстановительного лечения. Вопрос о наличии показаний и противопоказаний в этом случае решает врач-физиотерапевт или врач спортивной медицины (заведующий) отделения восстановительного лечения, проводившие консультирование.

7. На пациента, изъявившего желание получить платную медицинскую услугу, в регистратуре заполняется:

титульный лист медицинской карты пациента (ф. 025/у-23) с указанием гражданства;

при первичном обращении письменное согласие/отказ на внесение и обработку персональных данных пациента, информации, составляющей врачебную тайну, совершеннолетнего пациента или законного представителя лица, не достигшего 18-летнего возраста.

8. Основанием для оказания платной медицинской услуги является заключение договора по письменному заявлению заказчика (физического лица). Обязательным условием оформления заявления от физического лица является предъявление паспорта и собственноручное проставление личной подписи. Юридическое лицо (предприятие, организация, учреждение, спортивное объединение, существующее на основе самоокупаемости) предоставляет в учреждение письмо с заявкой на оказание платных медицинских услуг с указанием наименований и количества, фамилиями лиц, кому данные услуги будут оказаны, а также гарантирует оплату.

9. Ответственный за оформление договоров с физическим лицом или юридическим лицом обязан машинописным способом (с помощью печатающего устройства):

9.1 оформлять при наличии оснований и по поручению заказчика (физического лица) заявления на получение платной медицинской услуги;

9.2 достоверно и полно заполнять бланки договоров;

9.3 вести и хранить журнал учета договоров;

9.4 оформлять всю документацию к договорам (письма, акты об оказании услуг, дополнительные соглашения и т.д.).

10. Договор с физическим лицом составляется в двух экземплярах: один экземпляр договора остается в кассе, другой - выдается на руки заказчику.

11. Договор с юридическим лицом составляется в двух экземплярах: один экземпляр договора остается в бухгалтерии, другой - выдается на руки заказчику или доставляется заказчику почтовым отправлением сотрудником РУП «Белпочта».

12. После заключения договора физическое лицо производит оплату услуг, оговоренных договором, в соответствии с действующим прейскурантом тарифов в кассе учреждения в белорусских рублях наличным или безналичным способом. Чек об оплате услуг выдаётся заказчику на руки.

13. По желанию заказчика (физического лица) оплата услуг возможна через официальный сайт диспансера: www.dispanser.by.

При оплате услуг через сайт заказчику предоставляется право выбора формы оплаты услуг:

банковской платежной картой с помощью технологии интернет-эквайринга;

посредством АИС «Расчет» (ЕРИП) - система предоставляет возможность оплачивать услуги несколькими способами:

наличными денежными средствами в терминалах самообслуживания и в отделениях РУП «Белпочта»;

в безналичном порядке банковской платежной картой через интернет-банкинг, в кассах банков, банкоматах, терминалах самообслуживания, отделениях РУП «Белпочта».

14. После оформления необходимой документации и оплаты платных медицинских услуг заказчик (физическое лицо) обращается в кабинет конкретного специалиста, оказывающего медицинскую услугу.

Стоматологические услуги пациент оплачивает в течение двух рабочих дней после факта оказания услуг.

15. Пациенты юридического лица обращаются в кабинет конкретного специалиста согласно письменной заявке или направления страховой организации.

16. Врач-специалист производит осмотр пациента, выставляет диагноз, выносит рекомендации, назначает лечение. В случае необходимости врач-специалист согласовывает с пациентом объем и место проведения дополнительных диагностических исследований с целью установления диагноза и выбора тактики лечения.

17. Врач-консультант предоставляет пациенту (его законному представителю) по его требованию в доступной для него форме следующую информацию:

- о состоянии 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 изделиях медицинского назначения, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, возможных побочных эффектах.

18. При оказании платных медицинских услуг в установленном порядке заполняется медицинская документация (журналы регистрации амбулаторного приема, медицинская карта пациента, результаты исследований и т.д.). Перечисленные документы оформляются в соответствии с законодательством и являются собственностью учреждения. Медицинская карта пациента (ф. 025/у-23) на руки пациенту не выдается. Передвижение медицинских карт платных пациентов из кабинета в кабинет осуществляется медицинскими работниками.

19. После исполнения договора пациентам выдаются на руки: медицинская справка (форма 1здр/у-10), отражающая состояние его здоровья, юридическим лицам - акт об оказании медицинских услуг.

20. Срок хранения медицинских карт платных пациентов - 3 года от момента последнего обращения.

**Согласие/отказ
на внесение и обработку персональных данных пациента,
информации, составляющей врачебную тайну,
совершеннолетнего пациента или законного представителя лица,
не достигшего 18-летнего возраста**

Я, _____,

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется), дата рождения пациента или лиц,
указанных в части второй статьи 18 Закона Республики Беларусь О здравоохранении")

документ, удостоверяющий личность: _____

серия _____ номер _____ кем выдан _____,

дата выдачи _____ г., идентификационный номер _____,

проживающий по адресу: _____

адрес электронной почты, контактный номер телефона _____

даю согласие на", "отказываюсь от" - нужное указать)
внесение(я) и обработку(и) персональных данных и информации, составляющей
врачебную тайну, при формировании электронной медицинской карты пациента,
информационных систем, информационных ресурсов, баз (банков) данных, реестров
(регистров) в здравоохранении в отношении

(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется)
пациента (заполняется в случае дачи согласия (отказа), отзыва
согласия лицом, указанным в части второй статьи 18
Закона Республики Беларусь "О здравоохранении")

(подпись)

(инициалы, фамилия пациента, или лиц, указанных в части второй статьи 18 Закона
Республики Беларусь "О здравоохранении")

(подпись)

(инициалы, фамилия медицинского работника)

_____ 20 ____ г.