

« ДОГОВОР О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ »

Государственное учреждение здравоохранения "Клиническая поликлиника № 28", свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ серия 34 №001285176 от 10.03.2003г., зарегистрированное Инспекцией Министерства России от 23 апреля 2012 г, № 390н, в соответствии с АКТОМ выполненных работ. Волгограда, в лице главного врача Титовой Елены Анатольевны, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем ИСПОЛНИТЕЛЬ, с одной стороны, и ЗАКАЗЧИК: _____ адрес: _____ Документ : _____ с другой стороны заключили настоящий договор (далее ДОГОВОР) о нижеследующем:

1. Предмет ДОГОВОРА

1.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется выполнить ПАЦИЕНТУ на возмездной основе один(несколько)видов медицинских вмешательств из перечня, к приказу Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г, № 390н, в соответствии с АКТОМ выполненных работ.

ПАЦИЕНТ обязуется выполнять требования ИСПОЛНИТЕЛЯ, направленные на обеспечение качественного предоставления платных услуг.

ЗАКАЗЧИК обязуется сообщить необходимую информацию и оплатить стоимость оказываемых платных услуг ИСПОЛНИТЕЛЯ в сумме : _____ РУБ 00 КОП

1.2. Стоимость оказываемых платных медицинских услуг оплачивается в соответствии с действующим Прейскурантом ИСПОЛНИТЕЛЯ.

1.3. Заключая ДОГОВОР ЗАКАЗЧИК проинформирован, что ПАЦИЕНТ, являясь гражданином Российской Федерации при наличии у него полиса ОМС, имеет право на бесплатную мед.помощь и может реализовать свое право через программу государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи; однако ПАЦИЕНТ согласен, что получение медицинских услуг будет выполнено на платной основе (нужное подчеркнуть):

- ПРИ ЖЕЛАНИИ, на основании добровольной инициативы
- ПРИ ЖЕЛАНИИ получить медицинскую услугу в день обращения
- при отсутствии полиса ОМС,
- при применении лекарств, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов
- не предусмотренны программой ОМС/не входит в Территориальную программу или не включён в стандарт лечения
- не относится к территории обслуживания населения ГУЗ "Клиническая поликлиника № 28" (Приказ КЗВО №1719 от 25.05.2016)

1.4. ДОГОВОР ЗАКАЗЧИК заключил, находясь в здравом уме, ясной памяти и действуя на основании добровольной инициативы, имея достаточно времени для принятия осознанного решения, без давления и принуждения с чьей-либо стороны, выбрал услуги(уи) порядок ее оказания, установленный ДОГОВОРОМ и приложениями к нему.

1.5. Вся необходимая информация об оказываемых платных медицинских услугах ЗАКАЗЧИКОМ получена полностью.

1.6. ИСПОЛНИТЕЛЬ оказывает мед.услуги по месту нахождения ИСПОЛНИТЕЛЯ, либо по договоренности по месту нахождения ЗАКАЗЧИКА (ПАЦИЕНТА). Предоставление услуг происходит согласно режиму и порядку работы ИСПОЛНИТЕЛЯ.

1.7. ИСПОЛНИТЕЛЬ в праве привлекать третьих лиц для оказания мед.услуг по настоящему ДОГОВОРУ, оставаясь ответственным перед ЗАКАЗЧИКОМ за действия таких лиц, использовать по своему усмотрению любые разрешенные на территории РФ методы и средства, самостоятельно определять объём исследований и необходимых действий, направленных на установление верного диагноза и оказания медицинской услуги.

1.8. ИСПОЛНИТЕЛЬ осуществляет мед.деятельность на основании лицензии № Л0-34-01-004617 от 24.11.2020 г., выданной комитетом здравоохранения Волгоградской области(400119г.Волгоград, ул.Туркменская,6,(8442)30-99-99 на оказание первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи.

2.Права и обязанности сторон

2.1.Права и обязанности ЗАКАЗЧИКА

2.1.1.ЗАКАЗЧИК имеет право: в соответствии с требованиями Закона РФ от 07.02.1992 №2300 *1"О защите прав потребителей", №323ФЗ "Основах охраны здоровья граждан в РФ"от 21.11.2011г.ознакомиться со следующей информацией и документами: Свидетельством о гос.регистрации; лицензией на осуществление медицинской деятельности; режимом работы ИСПОЛНИТЕЛЯ; Прейскурантом;

по предварительному письменному запросу получить имеющуюся информацию от ИСПОЛНИТЕЛЯ о состоянии здоровья ПАЦИЕНТА, сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе, возможных методах лечения, связанных с ним рисков, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, - при условии проведения ИСПОЛНИТЕЛЕМ всех необходимых для этого исследований и по их окончании; - получить от ИСПОЛНИТЕЛЯ Все необходимые документы для оформления В налоговых органах соответствующих вычетов.

отказаться от медицинского вмешательства в отношении ПАЦИЕНТА до момента оказания медицинской услуги, отказаться от её получения и вернуть оплаченную сумму, если такая была оплачена; Отказ ЗАКАЗЧИКА от медицинского вмешательства оформляется записью в медицинской документации и подписывается ЗАКАЗЧИКОМ.

на возмещение вреда, в случае недобросовестного оказания медицинской услуги, если вина ИСПОЛНИТЕЛЯ будет доказана;

2.1.2. Информация, содержащаяся в медицинских документах ПАЦИЕНТА, составляет врачебную тайну и без согласия ЗАКАЗЧИКА может предоставляться только по основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

2.1.3. ЗАКАЗЧИК предоставляет добровольное согласие: на медицинское вмешательство, в отношении ПАЦИЕНТА; на оказание платной медицинской услуги (Приложение к договору). Если ЗАКАЗЧИК и ПАЦИЕНТ одно лицо согласие даёт последний.

2.1.4. ЗАКАЗЧИК обязан:

информировать ИСПОЛНИТЕЛЯ до оказания мед.услуг о всех перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях, а также сообщить другую информацию, относящуюся к здоровью ПАЦИЕНТА. При сокрытии ЗАКАЗЧИКОМ информации, имеющее важное значение

для разработки курса лечения или обследования, ИСПОЛНИТЕЛЬ не несет ответственности по требованиям Заказчика о возмещении убытков, причиненных здоровью ПАЦИЕНТА;

надлежащим образом исполнять условия ДОГОВОРА, оплачивать оказанные ИСПОЛНИТЕЛЕМ мед.услуги; своевременно информировать

ИСПОЛНИТЕЛЯ о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению ЗАКАЗЧИКОМ ДОГОВОРА,

соблюдать рекомендации, данные ИСПОЛНИТЕЛЕМ, выполнять назначенные процедуры в установленные ИСПОЛНИТЕЛЕМ сроки. Несоблюдение ЗАКАЗЧИКОМ условий настоящего пункта ДОГОВОРА, в результате чего лечение оказалось неэффективным, лишает ЗАКАЗЧИКА возможности предъявлять ИСПОЛНИТЕЛЮ претензии, а также требовать возврата денежных средств. ЗАКАЗЧИК осведомлен о том, что в ряде случаев может возникнуть необходимость повторного(неоднократного) приёма врача. Решение о необходимости повторного приема принимается ИСПОЛНИТЕЛЕМ. ЗАКАЗЧИК может отказаться от повторного приёма врача.

бережно относиться к имуществу Исполнителя. В случае причинения ущерба имуществу ИСПОЛНИТЕЛЯ ЗАКАЗЧИК обязан возместить причинённый ущерб в полном объёме.

2.2. Права и обязанности ИСПОЛНИТЕЛЯ

2.2.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ в праве предоставлять ПАЦИЕНТУ мед. услуги, с соблюдением всех требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ.

2.2.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право отказать в предоставлении медицинских услуг:

- в случае неполучения от ЗАКАЗЧИКА добровольного согласия на: оказание платной мед.услуги; на мед.вмешательство, и на обработку персональных данных(Приложение к договору), являющиеся неотъемлемой частью ДОГОВОРА.
- когда оказание медицинских услуг не предусмотрено Прейскурантом ИСПОЛНИТЕЛЯ;
- когда услуга временно не выполняется;

- в случае, если ПАЦИЕНТ не явился в назначенное время и место получения услуги;
- при выявлении у Пациента заболевания, лечение которого возможно лишь в специализированных медицинских учреждениях;
- в случае, если мед.вмешательство, сопряжено с неоправданным риском причинения вреда здоровью или угрожает его жизни;
- в случае несоблюдения и невыполнения ПАЦИЕНТОМ рекомендаций и правил подготовки к оказанию услуги;

2.2.3. В случае непредвиденного отсутствия врача в день, назначенный для выполнения медицинской услуги, ИСПОЛНИТЕЛЬ в праве назначить другого врача или отсрочить оказание услуги на более поздний срок, предварительно уведомив об этом ЗАКАЗЧИКА.

2.2.4. ИСПОЛНИТЕЛЬ знакомит с рекомендованным планом лечения (обследования) и информирует ЗАКАЗЧИКА о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать Пациенту.

3. Стоимость услуг и порядок оплаты

3.1 Стоимость предоставляемых мед.услуг определяется Прейскурантом, действующим на момент заключения ДОГОВОРА. Заказчик оплачивает предоставляемые услуги в рублях путем внесения денежных средств в кассу или на р/счѐт ИСПОЛНИТЕЛЯ.

3.2 ИСПОЛНИТЕЛЬ выдает "Пациенту" чек ККМ, подтверждающий оплату медицинских услуг, или иной бланк строгой отчетности.

4. Ответственность Сторон

4.1 Стороны несут ответственность за невыполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по ДОГОВОРУ в соответствии с законодательством РФ. ИСПОЛНИТЕЛЬ освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной мед.услуги, если это произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

4.2 ИСПОЛНИТЕЛЬ не несѐт ответственности

- за результаты оказания мед.услуг в случае несоблюдения ЗАКАЗЧИКОМ рекомендаций ИСПОЛНИТЕЛЯ;
- за совершения ЗАКАЗЧИКОМ иных действий, направленных на ухудшение здоровья ПАЦИЕНТА,
- в случаях медицинского вмешательства третьих лиц, после оказания услуг.
- за ухудшение состояния здоровья Пациента, возникшее после оказания медицинской услуги, но не вследствие ее;
- за наступление побочных эффектов от применения лекарственных средств и препаратов, на возможность наступления которых изготовитель последних указывал в аннотации к ним;
- за дальнейший ход лечения В случае нарушения ЗАКАЗЧИКОМ своих обязанностей.
- при возникновении осложнений, о возможности которых ЗАКАЗЧИК был предупрежден до оказания медицинской услуги;
- если до оказания медицинской услуги ЗАКАЗЧИК не исполнил обязанность по информированию врача об аллергических реакциях, противопоказаниях, перенесѐнных заболеваниях, если неэффективность оказанной мед.услуги или причинѐнный вред явились следствием отсутствия у врача такой информации;
- за несоответствие ожиданий ЗАКАЗЧИКА результатам оказанных услуг;
- за любой ущерб, в том числе, моральный от несоответствия ожиданий ЗАКАЗЧИКА результатам оказанных услуг;
- не обещает и не гарантирует, соответствия результата от полученной ПАЦИЕНТОМ услуги ожидаемому результату;
- ИСПОЛНИТЕЛЬ не даѐт никаких заверений или гарантий относительно устранения каких - либо проблем и/или их последствий, отмеченных ЗАКАЗЧИКОМ.

Третьи лица, с которыми ИСПОЛНИТЕЛЬ сотрудничает в соответствии с договорами, не предоставляют никаких явных или подразумеваемых гарантий, или условий в отношении ожидаемого ЗАКАЗЧИКОМ результата.

5. Порядок изменения и расторжения ДОГОВОРА

5.1 Отказ от исполнения обязательств по ДОГОВОРУ возможен по инициативе одной из сторон в случае нарушения другой стороной принятых на себя обязательств.

5.2 В случае отказа ЗАКАЗЧИКА от получения медицинских услуг после заключения ДОГОВОРА последний расторгается по инициативе ЗАКАЗЧИКА, при этом ЗАКАЗЧИК обязан оплатить ИСПОЛНИТЕЛЮ фактически понесенные ИСПОЛНИТЕЛЕМ расходы, связанные с исполнением обязательств по ДОГОВОРУ. В случае расторжения ДОГОВОРА по инициативе ЗАКАЗЧИКА, оплата за мед.услуги и/или исследования, которые уже были выполнены, возврату не подлежит.

5.3 Возврат денежных средств за услуги, не оказанные ПАЦИЕНТУ, осуществляется в рабочем порядке, но не позднее 10-ти банковских дней с момента подачи ЗАКАЗЧИКОМ письменного заявления о прекращении ДОГОВОРА.

5.4 ДОГОВОР может быть изменен по соглашению Сторон. Все изменения и дополнения к ДОГОВОРУ должны быть совершены в письменной форме.

5.5 Все споры и разногласия, которые могут возникнуть по ДОГОВОРУ или в связи с ним, Стороны будут стремиться решить путем переговоров и обменом письменными претензиями. Соблюдение претензионного порядка разрешения споров по ДОГОВОРУ является обязательным для Сторон.

5.6 Все претензии о неисполнении, либо ненадлежащем исполнении другой Стороной условий ДОГОВОРА, Стороны оформляют в письменном виде с подтверждением о вручении. Ответ на письменные претензии потерпевшей Стороны другая Сторона должна предоставить в течение 10 (Десяти) дней с момента получения претензии. Претензия должна быть обоснована и сопровождаться подтверждающими документами, если это вытекает из сущности требования.

5.7 В случае невозможности разрешения споров или разногласий путем переговоров, инициативная сторона в праве обратиться в суд.

По соглашению Сторон устанавливается договорная подсудность рассмотрения споров по искам судом общей юрисдикции по месту нахождения Исполнителя. Применимое право в суде - действующее законодательство РФ.

5.8 Изменение и расторжение ДОГОВОРА возможны по соглашению сторон, в соответствии с п. 1 ст. 450 ГК РФ. Стороны согласовали, что в соответствии с п.2,ст.160ГКРФ подписание ДОГОВОРА ИСПОЛНИТЕЛЕМ возможно при помощи факсимильного воспроизведения подписи. ДОГОВОР заключен в 2-х экземплярах по одному для каждой из сторон: ЗАКАЗЧИКУ на руки, для ИСПОЛНИТЕЛЯ в карту Пациента № ДОГОВОР вступает в силу с момента его подписания и действует до оказания мед.услуги в объеме, предусмотренном ДОГОВОРОМ.

6. Срок действия ДОГОВОРА Срок оказания медицинских услуг: 1 месяц.

6.1. Подписанием настоящего договора Пациент дает свое информированное добровольное согласие на совершение Исполнителем в отношении него необходимых медицинских манипуляций и вмешательств, в соответствии с АКТОМ выполненных работ ДОГОВОРА: _____ РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, НА МЕДИЦИНСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА, НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____, (Ф.И.О. гражданина полностью) года рождения, зарегистрированный(ная) по адресу: _____ желаю получить медицинские услуги в ГУЗ "Клиническая поликлиника №28". Я проинформирован(а), что могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю своё согласие на получение медицинской(их) услуг(и) в ГУЗ "Клиническая поликлиника №28". В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. <О персональных данных> №152 подтверждаю свое согласие на обработку ГУЗ "Клиническая поликлиника № 28", далее Оператор моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС(ДМС), СНИЛС(страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления мед.диагноза и оказания мед.услуг при условии, что их обработка осуществляется штатным сотрудником Оператора, допущенным к обработке персональных данных в соответствии с действующим законодательством. Я предоставляю Оператору право осуществлять все действия с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их на электронные базы данных, включения в реестры и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими отчетных данных(документов) по ОМС(ДМС). Я предоставляю Оператору право передавать мои персональные данные в интересах моего обследования и лечения другим должностным лицам Оператора, ГБУЗ "ВОМИАЦ" для хранения(без права ознакомления) и дальнейшей передачи сведений в мед.организации,при необходимости. Оператор имеет право на обмен(прием и передачу) моими персональными данными во исполнение своих обязательств перед страховыми мед.организациями в системе ОМС и ДМС и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных мед.документов и составляет 5 лет. Передача моих персональных данных иным лицам или их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мною в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Оператора. После получения моего письменного заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого мед. помощи.

При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я получил(а) от сотрудников ГУЗ"Клиническая поликлиника №28"полную информацию о возможности и условиях предоставления мне (ПАЦИЕНТУ) медицинских услуг в рамках программы государственных гарантий получения бесплатной медицинской помощи и даю свое согласие на предоставление мне ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ.

2. Мне(ПАЦИЕНТУ)разъяснено, что я могу получить как один из видов, так и несколько платных медицинских услуг.

3. Я полностью осознаю, что и во время, так и после предоставления медицинских услуг, возможны осложнения, обусловленные индивидуальными биологическими особенностями организма.

4. Я согласен(а) с тем, что используемая при лечении технология не может на 100% исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных индивидуальными особенностями организма, и, если предоставленная услуга была осуществлена с учетом всех требований, ГУЗ "Клинической поликлиника №28" не несет ответственности за их возникновение.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов, я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы сотрудников ГУЗ "Клиническая поликлиника №28".

6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения были выбраны(а) медицинские услуги, которые я желаю получить. В доступной форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты мед.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, в соответствии с АКТом выполненных работ ДОГОВОРА _____или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ".

7. Я ознакомлен(на) с действующим прейскурантом на платные медицинские услуги и согласен(на) оплатить в кассу ГУЗ "Клиническая поликлиника №28", выбранные мною платные медицинские услуги в сумме: _____ РУБЛЕЙ 00 КОПЕЕК.

8.Содержание настоящего согласия мною прочитано, оно мне полностью понятно, в связи с чем я даю информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства, в соответствии с АКТом ДОГОВОРА: _____, настоящее согласие дано мной _____ г. и действует бессрочно, что и удостоверяю своей подписью: *Подпись (Ф.И.О. ПАЦИЕНТА полностью)*

Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи (Приложение к приказу Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г, № 390н) :Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.

Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.

Антропометрические исследования.Термометрия.Тонометрия.

Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.

Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.

Исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).

Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические.

Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование, артериальное давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пикфлоуметрия, электроэнцефалография.

Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография,

ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.

Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.

Медицинский массаж.

Лечебная

физкультура.

