

Договор
на оказание платных медицинских услуг
№ _____

г. Рязань

«___» _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение Рязанской области «Женская консультация №1», имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности № ЛО-62-01-001118 от 27.03.2014 г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Терещенко Александра Борисовича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и Гражданин или его законный представитель:

(указываются полностью фамилия, имя отчество; число, месяц и год рождения, паспорт: серия, номер, кем и когда выдан, адрес места регистрации, контактный телефон)

именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, именуемые в дальнейшем Стороны, руководствуясь Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

1.1. «Пациент» поручает, а «Исполнитель» обязуется оказать нижеперечисленные платные медицинские услуги (далее по тексту: «услуги», «платные медицинские услуги», «медицинские услуги») по медицинским показаниям и взаимному согласию сторон, согласно перечню платных медицинских услуг, с которым «Пациент» может ознакомиться на информационном стенде в регистратуре и на официальном сайте учреждения в сети «Интернет»

№ п/п	Наименование и код услуги	Кол-во	Срок предоставления	Исполнитель услуги (подразделение)	Цена по прейскуранту	Итого сумма к оплате
1.						

1.2. Оказание «Исполнителем» платных медицинских услуг осуществляется на основании лицензии № ЛО-62-01-001118 от 27.03.2014 г., выданной Министерством здравоохранения Рязанской области, расположенным по адресу: г. Рязань, ул. Свободы, д. 32, тел. (4912) 27-08-06, в рамках установленной номенклатуры работ и услуг:

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

-при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу, дезинфектологии, лабораторной диагностике, медицинской статистике, неотложной медицинской помощи, организации сестринского дела, рентгенологии, эпидемиологии;

-при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: неотложной медицинской помощи, организации здравоохранения и общественному здоровью, терапии;

-при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), анестезиологии и реаниматологии, дезинфектологии, клинической лабораторной диагностике, неотложной медицинской помощи, организации здравоохранения и общественному здоровью, рентгенологии, ультразвуковой диагностике, эндоскопии, эпидемиологии;

- при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), анестезиологии и реаниматологии, дезинфектологии, клинической лабораторной диагностике, организации здравоохранения и общественному здоровью, рентгенологии, ультразвуковой диагностике, функциональной диагностике, эндоскопии, эпидемиологии.

При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги):

-при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности.

1.3. Перечень и стоимость платных медицинских услуг, предоставляемых «Пациенту», указаны в прейскуранте «Исполнителя», действующем на дату составления настоящего договора.

1.4. При исполнении настоящего договора стороны руководствуются действующим

законодательством Российской Федерации и Рязанской области, регулирующим предоставление гражданам платных медицинских услуг.

1.5. «Пациент» получив от «Исполнителя» в доступной форме информацию о состоянии своего здоровья, наличии заболевания, диагнозе, методах лечения, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, а также о результатах проведенного лечения, дает информированное согласие в письменной форме (Приложение № 1 к настоящему договору).

2. Условия и порядок оказания услуг.

2.1. «Исполнитель» предоставляет медицинские услуги при наличии информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство «Пациента», либо законного представителя, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

2.2. Услуги «Пациенту» оказываются в соответствии с режимом работы «Исполнителя», который доводится до сведения «Пациента» при заключении договора.

2.3. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг, не предусмотренных пунктом 1.1. настоящего договора, они оформляются отдельным договором и оплачиваются «Пациентом» согласно прейскуранту. «Исполнитель» не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе без согласия «Пациента».

2.4. В случае необходимости привлечения третьих лиц для оказания медицинских услуг «Пациенту», «Исполнитель» привлекает третьих лиц, обладающих необходимыми разрешениями (лицензиями) на оказание соответствующих медицинских услуг, а также обладающих необходимыми знаниями и квалификацией. При привлечении третьих лиц для оказания медицинских услуг «Пациенту» «Исполнитель» обязан довести до сведения «Пациента» информацию о времени и месте оказания «Пациенту» данных медицинских услуг.

3. Стоимость и порядок расчета.

3.1. Стоимость оказываемых «Пациенту» платных медицинских услуг согласно прейскуранту составляет: _____.

3.2. Оплата услуг производится «Пациентом» путем внесения денежных средств в кассу «Исполнителя» либо перечислением на расчетный счет «Исполнителя», до момента оказания услуг по расценкам прейскуранта, с которым «Пациент» ознакомился перед заключением настоящего договора.

3.3. Актом приема-передачи работ является карта амбулаторного больного либо выписной эпикриз, либо заключение по результатам исследования.

3.4. «Пациент» проинформирован о правах по оказанию бесплатной медицинской помощи в соответствии с действующей Территориальной программой государственных гарантий оказания населению Рязанской области бесплатной медицинской помощи.

4. Права и обязанности сторон.

4.1. «Исполнитель» обязан:

4.1.1. Обеспечить «Пациента» бесплатной, доступной и достоверной информацией, касающейся оказания платных медицинских услуг в соответствии с действующим законодательством.

4.1.2. Обеспечить своевременное, квалифицированное и качественное предоставление медицинских услуг в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, медицинским технологиям в установленный договором срок.

4.1.3. Вести установленную законодательством медицинскую документацию, а также учет видов, объемов и стоимости оказываемых «Пациенту» услуг.

4.1.4. Обеспечить «Пациенту» непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, диагноз, характер и возможные исходы заболевания, своевременное информирование его о сложности исследования (лечения, операции) и о возможных осложнениях, обусловленных тяжестью заболевания и индивидуальными особенностями организма, и выдать по письменному требованию «Пациента» или его законного представителя копии медицинских документов.

4.1.5. Хранить в тайне информацию, содержащуюся в медицинской документации «Пациента», и предоставлять ее без согласия «Пациента» в установленных законом случаях, а также лицам, указанным «Пациентом» в настоящем договоре.

4.2. «Пациент» обязан:

4.2.1. Своевременно оплатить «Исполнителю» стоимость медицинских услуг на условиях и в порядке, установленном настоящим договором.

4.2.2. Сообщить «Исполнителю» сведения, необходимые для качественного исполнения услуг (реакция на медикаменты, перенесенные заболевания, противопоказания и проч.).

4.2.3. Выполнять назначения и рекомендации лечащего врача, соблюдать в полном объеме правила и сроки получения медицинской услуги.

4.2.4. Своевременно информировать «Исполнителя» о любых обстоятельствах, препятствующих

исполнению «Пациентом» условий договора, а также о необходимости изменения назначенного «Пациенту» времени получения медицинских услуг, с последующим представлением подтверждающих документов.

4.3. «Исполнитель» имеет право:

4.3.1. Требовать от «Пациента» предоставление всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему медицинских услуг. В случае непредставления, либо неполного или неверного предоставления «Пациентом» информации «Исполнитель» имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему договору до получения необходимой информации.

4.3.2. Требовать от «Пациента» соблюдения правил оказания медицинских услуг.

4.3.3. Сотрудничать при оказании услуг по настоящему договору с иными медицинскими учреждениями и специалистами, привлекать их для оказания медицинской услуги «Пациенту».

4.3.4. Отказаться от исполнения настоящего договора при нарушении «Пациентом» назначений и рекомендаций врача, оказывающего платную медицинскую услугу. При этом внесенная «Пациентом» сумма за оказанные платные медицинские услуги не возвращается.

4.4. «Пациент» имеет право:

4.4.1. Получать от «Исполнителя» доступную и достоверную информацию о полученных платных медицинских услугах.

4.4.2. Получать от «Исполнителя» услуги в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

4.4.3. На выбор врача, в том числе лечащего врача, с учетом его согласия.

4.4.4. На сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе и иных сведениях, полученных при обследовании и лечении (за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством).

4.4.5. На добровольное согласие и отказ от медицинского вмешательства.

4.4.6. Отказаться по своему письменному заявлению от получения медицинской услуги до начала ее оказания с полным возвратом денежных средств, оплаченных по договору.

4.4.7. Отказаться по своему письменному заявлению от получения платной медицинской услуги в ходе ее оказания, при этом «Пациент» оплачивает «Исполнителю» фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

4.4.8. Пациент 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 (Приложение № 2 к настоящему договору).

5. Ответственность сторон.

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность, предусмотренную договором и действующим законодательством РФ.

5.2. Вред, причиненный жизни и здоровью «Пациента» в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению «Исполнителем» в соответствии с законодательством РФ.

5.3. «Исполнитель» не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления «Пациентом» неполной информации о своем здоровье, либо вызванных медицинскими показаниями.

5.4. 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. Срок действия и иные условия договора.

6.1. Настоящий договор вступает в силу со дня его заключения сторонами и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств.

6.2. Изменения и дополнения в настоящий договор могут быть внесены в форме дополнительного соглашения по письменной договоренности Сторон.

6.3. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, а также другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

6.4. Споры и разногласия, возникшие в результате исполнения настоящего договора, разрешаются путем переговоров, а в случае недостижения согласия – в порядке, установленном действующим законодательством.

6.5. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

6.6. Приложения №№ 1, 2 к настоящему договору является его неотъемлемой частью и действительно после его подписания.

6.7. Во всем ином, что не предусмотрено условиями настоящего договора, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

7. Адреса и реквизиты сторон:

Исполнитель:

ГБУ РО «Женская консультация №1»
Адрес: 390000, г. Рязань, ул. Ленина, д. 36
ИНН 6231012734 КПП 623401001
Получатель: УФК по Рязанской области
(ГБУ РО «Женская консультация №1»)
л/с 20596Ц24110 р/с 40601810000001000001
в Отделении Рязань г. Рязань

Пациент:

(ФИО полностью)

Паспорт серия _____ № _____
Адрес регистрации: _____

Главный врач _____ А.Б. Терещенко
(подпись)
М.П.

Подпись Пациента _____

Экземпляр договора получил (а):

« _____ » 20 _____ г.
(подпись) (расшифровка)

ОБРАЗЕЦ

Информированное согласие пациента

Приложение №1 к договору № _____ от _____

На основании ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ и в соответствии с требованиями «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г. № 1006, я

_____ (полностью фамилия, имя, отчество) _____ (дата рождения)
в рамках договора № _____ от _____ желаю получить платные медицинские услуги в ГБУ РО «Женская консультация №1» (далее - учреждение), по адресу: г. Рязань, ул. Ленина, д. 36, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я ознакомилась с «Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи на территории Рязанской области», об условиях и сроках получения бесплатной медицинской помощи информирована. Мне разъяснен порядок оказания бесплатной медицинской помощи. Я ознакомлена с тем, что могу получить аналогичную медицинскую помощь так же в других медицинских организациях на других условиях. Получив от сотрудников учреждения полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в данном учреждении, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг.
2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и одновременно несколько видов медицинских услуг.
3. Мне разъяснено и я осознала, что проводимое лечение мне гарантирует 100 % результат, и что при проведении операции и после неё, как в ближайшем, так и в отдельном периоде, возможны различные осложнения.
4. Я согласна с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда оказана с соблюдением всех необходимых требований, учреждение не несет ответственности за их возникновение.
5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должна исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей учреждения. Не соблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.
6. Я Проинформирована, что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги именно в данном учреждении.
7. Я проинформирована, что платные медицинские услуги не гарантируют внеочередного получения услуги.
8. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Пациент _____ (полностью фамилия, имя, отчество)

Паспорт серия _____ № _____ выдан _____ (кем и когда выдан)

Дата: _____ Подпись: _____ / _____ / (расшифровка)

Настоящее соглашение подписано Пациентом после проведения разъяснительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

УВЕДОМЛЕНИЕ

г. Рязань

« ____ » _____ 201__ г.

Администрация ГБУ РО «Женская консультация №1» во исполнение Постановления Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006 уведомляет: «Несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских сотрудников лечебного учреждения, оказывающих платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента».

С настоящим уведомлением ознакомлена до момента заключения договора:

Подпись _____ / _____ /
(ФИО)

Дата « ____ » _____ 201__ г.

ОБРАЗЕЦ

**Согласие пациента на обработку его персональных данных в
информационных системах
ГБУ РО «Женская консультация №1»**

Приложение №2 к договору № _____ от _____

Я _____,
нижеподписавшаяся _____

(Ф.И.О. полностью)

З а р е г и с т р и р о в а н н а я _____ П О
адресу: _____

(по месту регистрации)

Паспорт: _____

_____ (серия, номер, дата выдачи, название выдавшего органа)

_____ сама принимаю решение о предоставлении своих персональных данных и даю на их обработку своей волей и в своем интересе, за исключением случаев, когда предусматривается обязательное представление в целях защиты основ конституционного строя Российской Федерации, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности России.

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ подтверждаю свое согласие на обработку ГБУ РО «Женская консультация №1» (далее - Оператор) (390026, г. Рязань, ул. Стройкова, д. 79/51, тел. регистратуры: 92-95-86) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, паспортные данные, страховой медицинский полис, адрес проживания, место работы, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Оператор вправе обрабатывать мои данные посредством внесения в электронную базу данных, включая в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими представления отчетных данных (документов), в т.ч. по договорам ОМС и ДМС.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе и системе ОМС и ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией.

Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку моих персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

Я имела возможность задавать любые вопросы по обработке персональных данных в информационных системах персональных данных ГБУ РО «Женская консультация №1». И на все вопросы получила исчерпывающие ответы.

К о н т а к т н ы й

т е л е ф о н

П о ч т о в ы й

а д р е с

Субъект персональных данных (пациент) _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка)

ОБРАЗЕЦ