

ДОГОВОР № СТ- /Мед
на оказание платных медицинских услуг в КГБУЗ «Городская больница №5, г. Барнаул»

г. Барнаул

202 г.

ИСПОЛНИТЕЛЬ: Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница №5, г. Барнаул», действующее в лице _____ по доверенности № _____ от _____ г. на основании Лицензии _____ г. на осуществление медицинской деятельности, выданной Министерством здравоохранения Алтайского края от _____, с одной стороны, и

ПОТРЕБИТЕЛЬ: ФИО _____ г.р.

адрес места жительства _____ телефон _____

паспорт серия _____ № _____ выдан _____ дата выдачи _____

с другой стороны, заключили настоящий договор на оказание платных медицинских услуг (в дальнейшем «Договор») о нижеследующем:

1. Предмет договора

- 1.1. По настоящему договору Исполнитель обязуется оказать Потребителю медицинские услуги (**Приложение 1** к настоящему Договору), в соответствии с Прейскурантом цен на оказание платных медицинских услуг, действующим в Учреждении на момент оказания медицинской услуги, а Пациент обязуется принять и оплатить эти услуги.
- 1.2. Медицинские услуги оказываются надлежащего качества, в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации № 1006 от 04.10.2012 года «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», Федеральным законом Российской Федерации от 07.02.1992 г. №2300-1 «О защите прав потребителей», требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации, стандартами медицинской помощи, утвержденными уполномоченным органом.
- 1.3. Подписывая настоящий Договор Потребитель (законный представитель Потребителя) подтверждает, что ему в доступной форме была разъяснена информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи, и дает добровольное согласие на медицинское вмешательство (**Приложение 2** к настоящему Договору) в соответствии со статьей 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011г. №323-ФЗ.
- 1.4. До заключения Договора Потребитель (законный представитель Потребителя) в доступной форме уведомлен о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Алтайском крае и подписывая данный Договор подтверждает тем самым свой отказ от получения ее на бесплатной основе, а также альтернативного вида медицинской помощи на бесплатной основе.
- 1.5. Потребитель ознакомлен с Прейскурантом цен на оказание платных медицинских услуг, режимом работы Учреждения и Правилами поведения пациентов и посетителей, который действуют в Учреждении.
- 1.6. Срок оказания медицинской услуги: _____ по _____.
- 1.7. Медицинская услуга считается оказанной после подписания акта оказанных медицинских услуг (**Приложение 3** к настоящему договору).

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

- 2.1.1. Предоставить Потребителю полную и достоверную информацию о предоставляемых медицинских услугах, о медицинском персонале, оказывающем медицинские услуги, о технологии оказания медицинских услуг и возможных осложнениях.
- 2.1.2. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется оказания дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных Договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя, без согласия которого Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.
- 2.1.3. Обеспечивать оказание платных медицинских услуг, в соответствии с методиками их проведения и требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации.
- 2.1.4. В случае возникновения препятствий для выполнения условий настоящего Договора, Исполнитель обязан немедленно извещать об этом Потребителя.
- 2.1.5. Предоставить Потребителю по его требованию в доступной для него форме информацию:
 - о состоянии его 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 медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.
- 2.1.6. Организовать за счет Потребителя и с его согласия необходимые обследования в других медицинских учреждениях, с которыми имеются договорные отношения, при невозможности выполнения таких силами Исполнителя.
- 2.1.7. Вести всю необходимую медицинскую документацию в сроки, предусмотренные нормативными документами, выдавать Потребителю медицинские документы установленного образца: заключение врача, результаты исследования. Медицинский работник, проводящий исследование, уведомляет Потребителя о сроке получения результата исследования.
- 2.1.8. Ставить в известность Потребителя о предполагаемой сумме дополнительных расходов.
- 2.1.9. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- 2.1.10. После исполнения Договора выдать Потребителю (законному представителю Потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

2.2. Исполнитель имеет право:

- 2.2.1. Устанавливать время, место и условия оказания медицинских услуг, назначать конкретных исполнителей.
- 2.2.2. Отказаться в медицинской услуге, определенной настоящим Договором при отсутствии должных условий для ее осуществления, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи.
- 2.2.3. Расторгнуть Договор с Потребителем: в случае невыполнения Потребителем предписаний и рекомендаций врача; если Пациент до начала оказания медицинской услуги по настоящему Договору не предоставил Исполнителю (или назначенному им врачу) достоверной информации о медицинских противопоказаниях, наследственных и хронических заболеваниях, перенесенных в прошлом операциях и заболеваниях, другие сведения, необходимые для качественного оказания медицинской услуги.
- 2.2.4. Приостановить исполнение своих обязательств по настоящему договору, выдачу медицинской документации Потребителю в случае задержки оплаты до разрешения разногласий.
- 2.2.5. В случае возникновения неотложных состояний, самостоятельно определять объем медицинской помощи (исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для оказания медицинской помощи) без письменного согласия Потребителя.
- 2.2.6. Требовать возмещения материальных потерь с Потребителя в случае причинения им ущерба имуществу Исполнителя.

2.3. Потребитель обязуется:

- 2.3.1. Информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания услуг. В противном случае весь риск связанных с этих последствий несет Потребитель.
- 2.3.2. Выполнять все медицинские указания, рекомендации и назначения, сообщать необходимые сведения, от которых зависит качественное предоставление медицинской помощи, своевременно информировать лечащего врача об изменениях в состоянии здоровья (самочувствии). В случае выявления Исполнителем ненадлежащей подготовки к оказанию услуг или ее отсутствия Исполнитель вправе отказаться от оказания услуг в одностороннем порядке.
- 2.3.3. Соблюдать правила поведения пациентов в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения.
- 2.3.4. Произвести оплату стоимости медицинских услуг в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.
- 2.3.5. Подтвердить свое «Добровольное информированное согласие» на оказание медицинской услуги (согласно п. 1.4 настоящего Договора, что ознакомлен с информацией, касающейся особенностей данной медицинской услуги и условиями ее предоставления).

2.4. Потребитель имеет право:

- 2.4.1. Потребитель вправе требовать предоставления услуг надлежащего качества, сведений о наличии лицензии, сертификата и квалификации врача, о расчете стоимости оказанной услуги.
- 2.4.2. Потребитель вправе отказаться от медицинской услуги до начала ее оказания.
- 2.4.3. В случае оказания Потребителю медицинской услуги ненадлежащего качества, подтвержденного результатами врачебной экспертизы, Потребитель вправе по своему выбору:
 - безвозмездно (за счет Исполнителя) устранить недостатки оказанной услуги (повторно осуществить оказание услуги);
 - по личному заявлению оформить возврат денежных средств или потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги;
 - привлечь Исполнителя к иным мерам ответственности в соответствии с действующим законодательством.
- 2.4.4. Вправе предъявлять требования о возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

3. Стоимость услуг и порядок расчётов

3.1. Стоимость оказываемых услуг составляет _____

(_____) руб. 00 коп.

3.2. Оплата за медицинские услуги осуществляется перечислением средств на расчетный счет учреждения или в кассу учреждения.

3.3. Оплата производится до момента оказания услуги потребителю. Оплата услуг наличными денежными средствами или безналичными (банковской картой) удостоверяется Исполнителем путем предоставления Потребителю кассового чека и (или) иного документа подтверждающего факт оплаты.

4. Ответственность сторон

- 4.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязанностей по Договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ, в том числе законодательством о защите прав потребителей.
- 4.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Пациентом условий настоящего Договора.
- 4.3. Исполнитель не несёт ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объёме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своём здоровье.
- 4.4. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, препятствующих выполнению настоящего Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

5. Порядок изменения и расторжения договора

- 5.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть при исполнении настоящего Договора, будут разрешаться путём переговоров между Сторонами.
- 5.2. В случае невозможности разрешения споров путем переговоров стороны имеют право обратиться в суд общей юрисдикции в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.
- 5.3. Настоящий Договор может быть изменен только по соглашению сторон или решению суда.
- 5.4. Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе любой из сторон с обязательным предварительным уведомлением другой стороны.

6. Конфиденциальность и обработка персональных данных

- 6.1. В соответствии со ст. 9 ФЗ 152-ФЗ от 27.07.06 «О персональных данных», Потребитель дает свое согласие на обработку Исполнителем своих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, дату рождения, адрес места жительства, ИНН, СНИЛС, 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, которые будут обрабатываться с целью организации взаиморасчетов за оказанные Потребителю медицинские услуги. Подписанием настоящего Договора Потребитель дает согласие на обработку своих персональных данных, которое действует бессрочно.
- 6.2. Персональные данные Потребителя будут обрабатываться способами, включающими себя: сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, блокирование, уничтожение.
- 6.3. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего Договора.
- 6.4. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

7. Иные условия

- 7.1. Настоящий Договор составлен в двух одинаковых экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.
- 7.2. Срок действия настоящего Договора устанавливается с момента его заключения, до момента исполнения всех принятых на себя обязательств по Договору.
- 7.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами и.
- 7.4. Все дополнительные соглашения, акты и иные приложения к настоящему договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.
- 7.5. Подписывая настоящий Договор Потребитель подтверждает, что перед оказанием платных медицинских услуг ему была предоставлена исчерпывающая информация о его заболевании (диагнозе), современных методах лечения, даны ответы на все интересующие вопросы.

8. Реквизиты исполнителя

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

КГБУЗ «Городская больница №5, г. Барнаул»

Адрес: 656 045, г. Барнаул, Змеиногорский тракт, 75

ИНН 2225029066 КПП 222501001,

Свидетельство ОГРН 1022201767191

Банковские реквизиты:

МИНИСТЕРСТВО ФИНАНСОВ АЛТАЙСКОГО КРАЯ (КГБУЗ «Городская больница №5, г. Барнаул», л/сч 20176У28930)

Наименование банка: ОТДЕЛЕНИЕ БАРНАУЛ БАНКА РОССИИ // УФК по Алтайскому краю, г. Барнаул

р/сч. 03224643010000001700

кор/сч. 40102810045370000009

БИК УФК по Алтайскому краю: 010173001

ОКТМО 01701000

_____ / Кассир _____ /
МП

ПОТРЕБИТЕЛЬ:(законный
представитель Потребителя):

ФИО

_____ /
(подпись)

_____ /
(расшифровка)

Перечень оказываемых платных медицинских услуг

Учреждение: КГБУЗ "Городская больница № 5, г. Барнаул"

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Кол-во, ед.изм.	Стоимость, руб.	Сумма, руб.
		ВСЕГО (руб.):			

«Исполнитель» (Учреждение)

_____/_____
подпись расшифровка

«Потребитель» (Пациент)

_____/_____
подпись расшифровка

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

Я _____

(фамилия, имя, отчество – полностью)

_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, недееспособных граждан:

Я, _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)

паспорт: _____, выдан _____

являюсь законным представителем (**мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель**) ребенка или лица, признанного недееспособным _____

(полностью ФИО недееспособного гражданина, год рождения)

Поставлен (а) в известность, что я (представляемый) госпитализирован (а) в отделение _____

Мне согласно моей воли даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого);

Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать;

Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому): опроса, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотра, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, риноскопию, фарингоскопию, непрямую ларингоскопию, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; антропометрические исследования; термометрию; тонометрию; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных); 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, физиотерапия. Мне согласно моей воли даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого);

Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать вовремя их проведения;

Я извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.

Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

Я согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны;

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам: _____

Разрешаю посещение в лечебном учреждении представляемого лица, признанного недееспособным, следующим гражданам: _____

Подпись пациента (законного представителя) _____

« _____ » _____ 20__ г.

Расписался в моем присутствии:

Врач _____

(должность, ФИО)

(подпись)

**АКТ
выполненных платных медицинских услуг**

г. Барнаул

«___» _____ 20__ г.

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская больница №5, г. Барнаул», действующее в лице _____ по доверенности № ___ от _____ г. на основании Лицензии _____ г. на осуществление медицинской деятельности, выданной Министерством здравоохранения Алтайского края от _____, с одной стороны, и, срок действия – бессрочно и гражданка(ин) _____, именуемая(ый) в дальнейшем «Потребитель» (Пациент), с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Исполнитель оказал Потребителю платные медицинские услуги, предусмотренные Договором оказания платных медицинских услуг № СТ-___/Мед от «___» _____ 20__ г., в период с «___» _____ 20__ г. по «___» _____ 20__ г., которые отвечают требованиям, предъявляемым Договором, оказаны в полном объеме, в оговоренные сроки и надлежащим образом.

2. Согласно вышеуказанному Договору стоимость услуг составляет:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Сумма (руб.)
ИТОГО			

3. Общая сумма договора составляет _____ рублей _____ копеек.
(прописью)

4. Пациент принял оказанные Исполнителем услуги и претензий к их выполнению не имеет.

«Исполнитель» (Учреждение):

«Потребитель» (Пациент):

_____/_____
(подпись) расшифровка

_____/_____
(подпись) расшифровка