

Уведомляем Вас о то, что в случае несоблюдения указаний (рекомендаций) "Исполнителя" (медицинского работника, предоставившего 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 здоровья "Пациента".

Основание: раздел III п. 17 «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных Постановлением правительства Российской Федерации №1006 от 04.10.2012 г. _____

(Ф.И.О.) (подпись)

ДОГОВОР № _____ на оказание платных медицинских услуг

г. Стерлитамак

« » 20 год

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Городская больница № 3 города Стерлитамак, юридический адрес: Республика Башкортостан, г. Стерлитамак, 453130, ул. Патриотическая, д. 59, адреса оказания услуг: г. Стерлитамак, 453130, ул. Патриотическая, д. 59, 453124, г. Стерлитамак, ул. Халтурина, д.103, Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ серия 02 № 003520177, зарегистрирован ИФНС по г. Стерлитамаку РБ 09.09.2002 г., в лице главного врача Абдуллина Р.Р., действующего на основании Устава, Лицензии № ЛО-02-01-005671 от 13.06.2017 г. на осуществление медицинской деятельности¹, выданной Министерством здравоохранения Республики Башкортостан (адрес местонахождения лицензионного отдела МЗ РБ: Республика Башкортостан, 450076, г. Уфа, ул. Гафури, д.101, тел. (347)218-01-06, 218-00-89), именуемое в дальнейшем "Исполнитель", с одной стороны,

и

гражданин(ка)

_____, дата рождения

(Ф.И.О.)

(число/месяц/год) «__» _____ г., документ, удостоверяющий личность (документ, удостоверяющий личность, тел. Смотри в разделе 9), являюсь законным представителем гражданина (ки) _____, дата рождения

(Ф.И.О.)

(число/месяц/год) «__» _____ г., зарегистрированного по адресу: _____, именуемый в дальнейшем "Пациент", с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется оказывать Пациенту медицинские услуги в соответствии с настоящим договором по наименованиям, стоимости и в сроки установленные Приложением 1, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.2. Медицинские услуги предоставляются в соответствии со стандартами медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, утвержденными в установленном порядке.

1.2.1. Медицинские услуги предоставляются:

- в полном объеме стандарта медицинской помощи;

- по просьбе Пациента (Заказчика) в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

1.3. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Пациента (законного представителя Пациента), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, в случае, если такое согласие требуется в соответствии с действующим законодательством.

1.4. Пациент (Заказчик) подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

- ознакомил Пациента (Заказчика) с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012 г. №1006);

- ознакомил его с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;

- уведомил его 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;

1.5. Подписав настоящий Договор, Пациент (Заказчик) подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

2. Объем услуг, стоимость договора

2.1. Исполнитель берет на себя обязательство оказать платную медицинскую услугу, отвечающую требованиям, предъявляемым к современным методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенных на территории Российской Федерации в объеме, установленном Приложением 1, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.2. Стоимость услуг определяется утвержденным Прейскурантом, действующим на момент заключения Договора.

2.3. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в своих структурных подразделениях стационара, роддома и поликлиники в дни и часы работы, которые установлены администрацией ГБУЗ РБ ГБ № 3 г. Стерлитамак. Часы работы доводятся до сведения Пациента (Заказчика).

2.4. Исполнитель оказывает медицинские услуги только после получения от Пациента, или его представителя (Заказчика), информированного добровольного согласия пациента по объему и условиям получения платных медицинских услуг по форме Исполнителя согласно ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 года "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

3. Порядок расчетов.

3.1. Оплата предоставленных услуг производится в день оказания соответствующей услуги наличными денежными средствами в пользу Исполнителя через сеть платежных терминалов или учреждения банковской системы на расчетный счет Исполнителя и сопровождается выдачей документа, подтверждающего факт оплаты.

3.2. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения, стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Пациента (Заказчика) с учетом уточненного диагноза, сложности операции и иных затрат на лечение, путем подписания дополнительного соглашения, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора. Без согласия Пациента (Заказчика), Исполнитель не имеет права предоставлять дополнительные платные медицинские услуги по настоящему Договору.

3.3. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора на предоставление дополнительных медицинских услуг, их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора.

3.4. При невыполнении или уменьшении оказанных медицинских услуг Исполнитель в течение 15-ти дней после получения письменного заявления Пациента (Заказчика) возвращает ему через банковские учреждения соответственно оплаченную сумму или разницу между оплаченной суммой и стоимостью услуг. Без согласия Пациента (Заказчика) Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

4. Права и обязанности сторон

4.1. Пациент (Заказчик) обязуется:

- оплатить стоимость предоставляемой услуги в размере и порядке установленном настоящим договором;

- ознакомиться с условиями договора и правилами оказания платных медицинских услуг и исполнять их;

- выполнять все требования, обеспечивающие качественное предоставление платной медицинской услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений;

- соблюдать установленный режим обследования или лечения и правил внутреннего распорядка и режима работы Исполнителя;

- соблюдать все рекомендации, данные врачом для проведения лечения;

- в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных»

Пациент (Заказчик) дает согласие на обработку своих персональных данных (персональных данных представляемого лица): фамилия, имя, отчество, пол; число, месяц, год рождения; вид и реквизиты документа, удостоверяющего личность, реквизиты полиса ДМС (при наличии); адрес регистрации по месту жительства; номер контактного телефона или сведения о других способах связи; сведения о состоянии здоровья, а также состоянии здоровья ближайших родственников; факты предыдущих обращений за медицинской помощью и их результаты - в документальной и электронной форме, с возможностью осуществления сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), извлечения, использования, передачи (распространение, предоставление, доступа),

обезличивания, блокирования, удаления, уничтожения персональных данных, автоматизированным и неавтоматизированным способом. Персональные данные обрабатываются в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг в течение срока, необходимого для достижения цели. Обработки персональных данных, регламентированных нормативными актами, регулируемыми сроки хранения медицинской документации.

Согласен на обработку персональных данных _____

Подпись

(Ф.И.О.)

4.2. Пациент (Заказчик) имеет право:

- требовать от Исполнителя расчета стоимости оказываемых медицинских услуг;
- получать от Исполнителя для ознакомления в доступной для понимания и восприятия форме любые сведения 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;
- требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии (соблюдения врачебной тайны);
- отказаться от получения медицинских услуг полностью или частично.

4.3. Исполнитель обязуется:

- предоставить Пациенту (Заказчику) бесплатную, доступную и достоверную информацию об оказываемых услугах;
- информировать Пациента (Заказчика) о выявленных у него (либо представляемого лица) болезнях, возможности их лечения, возможных осложнениях и побочных эффектах во время лечения;
- оказывать медицинские услуги качественно в соответствии с предусмотренными медицинскими технологиями и в сроки, указанные в настоящем договоре;
- не использовать процедур, способных нанести вред здоровью Пациента;
- соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся здоровья Пациента (врачебную тайну) в соответствии со ст. 13 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 года “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”;
- в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Пациента (Заказчика). Без согласия Пациента (Заказчика) Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе;
- после исполнения Договора выдать Пациенту (Заказчику) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг;
- в соответствии с законодательством РФ выдать Пациенту (Заказчику) документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).

4.4. Исполнитель имеет право:

4.4.1. Требовать от Пациента:

- графика прохождения процедур;
- соблюдения правила поведения пациента в медицинском учреждении; соблюдения обязанностей гражданина в сфере охраны здоровья в соответствии со ст. 27 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 года “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”.

4.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, а состояние Пациента не позволяет ему выразить свою волю или отсутствуют законные представители, такие медицинские услуги оказываются без согласия Пациента и без взимания платы в соответствии с Федеральным законом “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”.

5. Конфиденциальность

5.1. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

5.2. С согласия Пациента или его представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Пациента.

5.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Пациента или его представителя допускается в целях обследования и лечения Пациента, не способного из-за своего состояния выразить свою волю и в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

6. Ответственность сторон

6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.3. Исполнитель не несет ответственность за ненадлежащее оказание медицинских услуг, осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие:

а) скрытых особенностей организма Пациента, вероятность наступления которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить;

б) невыполнения или ненадлежащего выполнения Пациентом принятых на себя обязательств, а также прекращение лечения по собственной инициативе до его завершения.

6.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Пациентом условий настоящего Договора.

6.5. При неудовлетворенности оказанной медицинской услугой Пациент (Заказчик) вправе обратиться к лицу, ответственному за лечебную работу в данном учреждении.

6.6. При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам исполнения медицинских услуг Пациент (Заказчик) вправе по своему выбору:

- назначить новый срок оказания услуг;

- потребовать исполнение услуг другим специалистом;

- расторгнуть Договор и потребовать возврата оплаченных денежных средств.

6.7. В случае оказания Пациенту медицинских услуг ненадлежащего качества, подтвержденного результатами врачебной экспертизы, Пациент имеет право:

- безвозмездно (за счет Исполнителя) устранить недостатки оказанной услуги (повторно пройти исследование и т.п.);

- потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги;

- по личному заявлению направленному Исполнителю оформить возврат денежных средств через банковские учреждения;

- привлечь Исполнителя к иным мерам ответственности в соответствии с действующим законодательством.

Претензии по ненадлежащему исполнению платной медицинской услуги от Пациента (Заказчика) принимаются в письменной форме.

6.8. Сторона, считающая, что ее права по настоящему Договору нарушены, вправе направить другой Стороне письмо с изложением своих претензий. Сторона, получившая претензию, обязана ответить на нее в 30-дневный срок с момента получения. В случае неполучения ответа, Сторона, пославшая претензию, может обратиться в суд за защитой своих прав.

7. Порядок изменения и расторжения Договора

7.1. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями Сторон.

7.2. Настоящий Договор расторгается в случае отказа Пациента (Заказчика) после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. Отказ Пациента (Заказчика) от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю. Исполнитель информирует Пациента (Заказчика) о расторжении настоящего Договора по инициативе Пациента (Заказчика), при этом Пациент (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

деятельностью; 3) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: неотложной медицинской помощи, организации здравоохранения и общественному здоровью, терапии, управлению сестринской деятельностью; 4) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), аллергологии и иммунологии, гастроэнтерологии, диетологии, дерматовенерологии, инфекционным болезням, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, клинической фармакологии, колопроктологии, лечебной физкультуре и спортивной медицине, медицинской статистике, медицинской реабилитации, неврологии, неотложной медицинской помощи, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации), офтальмологии, профпатологии, психиатрии, психиатрии-наркологии, пульмонологии, ревматологии, рентгенологии, рефлексотерапии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии, эндоскопии, эпидемиологии; 5) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: аллергологии и иммунологии, инфекционным болезням, кардиологии, неврологии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, управлению сестринской деятельностью, урологии, хирургии, эндокринологии, эпидемиологии. 7. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым), медицинским осмотрам профилактическим; 2) при проведении медицинских освидетельствований по: медицинскому освидетельствованию кандидатов в усыновители, опекуны (попечители) или приемные родители, медицинскому освидетельствованию на наличие инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа иностранным гражданам и лицам без гражданства в выдаче либо аннулировании разрешения на временное проживание, или вида на жительство, или разрешения на работу в Российской Федерации; медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством, медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием; 3) при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе профессиональной пригодности, экспертизе временной нетрудоспособности.

На основании постановления Правительства РФ № 1006 от 04.10.2012 г. (п.28) и в соответствии с приказом МЗ РФ № 1177н от 20.12.2012 г.

**Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг.
Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в
Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают
информированное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения
медицинской помощи**

Я, _____
« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____
_____, в рамках договора на оказание
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

Платных медицинских услуг, желаю получить услуги в ГБУЗ РБ ГБ №3 г. Стерлитамак, расположенное по адресу: Республика Башкортостан, г. Стерлитамак, ул. Патриотическая, д.59, ул. Халтурина, д.103, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я могу получить соответствующие виды и объемы медицинской помощи, входящих в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в текущем году, в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, без взимания платы.
2. Я ознакомлен с действующим Порядком оказания платных медицинских и прочих платных услуг, условиями получения таких услуг, Прейскурантом медицинских услуг и прочих платных услуг.
3. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны платные медицинские услуги, которые я хочу получить в ГБУЗ РБ ГБ № 3 г. Стерлитамак и согласен(а) их оплату в соответствии с действующим Прейскурантом цен на платные медицинские услуги в ГБУЗ РБ ГБ № 3 г. Стерлитамак.
4. Я проинформирован(а) о том, что по поводу имеющегося у меня заболевания я могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на лечение и получение платных медицинских услуг в ГБУЗ РБ ГБ № 3 г. Стерлитамак. В данном случае я использую право расширенной свободы выбора при получении медицинской помощи при моем заболевании и выбираю альтернативный вариант лечения на платной основе.
5. В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных», в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку ГБУЗ РБ ГБ № 3 г. Стерлитамак моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество; пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС); страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью; сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных» даю согласие на обработку моих персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

6. Мне известно, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя услуг (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой мне платной медицинской услуги, что в свою очередь может повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

9. Даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которое граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.04.2012 г. № 390н, для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь *(ненужное зачеркнуть)* в ГБУЗ РБ ГБ №3 г. Стерлитамак

Медицинским работником _____

(должность, ФИО медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских 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, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч.9 ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п.5 ч.3 ст.19 Федерального закона от 21.11.11 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состояния лица, законным представителем которого я являюсь

(ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

Настоящее информированное добровольное согласие пациента мною прочитано, я полностью согласен(а) на предоставление предложенных мне платных медицинских услуг и прочих платных услуг, даю письменное согласие на применение выбранных мною видов медицинских вмешательств (медицинских услуг).

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

« _____ » _____ 201__ г.
(дата оформления)

Услуги получены. Претензий нет "Пациент" _____

(подпись)

" __ " _____ 201__ г.

