

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг

город Советск

« _____ » _____ 20 ____ года

Кировское областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Советская центральная районная больница, в лице главного врача Завьяловой Елены Анатольевны, действующей на основании Устава, именуемое в дальнейшем «лечебное учреждение» с одной стороны, и гражданин (-ка)

ФИО, паспорт (серия, номер, кем и когда выдан), адрес места жительства и номер контактного телефона именуемый (-ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

I. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. На условиях настоящего Договора КОГБУЗ «Советская ЦРБ» обязуется оказать Пациенту на возмездной основе медицинские услуги согласно Приложению № 1, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а Пациент обязуется принять и оплатить медицинские услуги, оказанные КОГБУЗ «Советская ЦРБ» в порядке, установленные в Договоре.

1.2. Объем оказываемых по настоящему Договору услуг определяется желанием Пациента и организационно-техническими возможностями лечебного учреждения.

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия физического лица на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником лечебного учреждения в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи (в т.ч. информированного добровольного согласия на оперативное вмешательство, согласия на анестезиологическое пособие и согласия на переливание компонентов донорской крови).

1.3. Перечень и стоимость медицинских услуг, оказываемых лечебным учреждением, содержатся в действующем на момент заключения настоящего Договора Прейскуранте. Изменения стоимости оказываемых услуг своевременно доводятся до Пациента.

В момент подписания настоящего Договора Пациент ознакомлен с перечнем работ (услуг), отраженных в лицензии на медицинскую деятельность, а также отраженных в Уставе, Прейскурантом лечебного учреждения, понимает содержащуюся в нем информацию, согласен с действующими ценами на медицинские услуги, а также уведомлен о том, что оплаченные денежные средства по настоящему Договору не подлежат возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования.

подпись

расшифровка подписи

1.4. В момент заключения настоящего Договора Пациент информирован о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

1.5. Подписывая настоящий Договор, получив в доступной форме информацию о состоянии здоровья, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, а также о результатах проведенного лечения, Пациент дает свое согласие на обработку его персональных данных (Приложение № 2) и предоставление платных медицинских услуг, оговоренных в настоящем Договоре, в том числе и медицинских услуг, предусмотренных в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

подпись

расшифровка подписи

1.6. Пациент уведомлен о том, что несоблюдение им указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество оказываемой услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента

подпись

расшифровка подписи

1.7. Порядок и условия предоставления платных медицинских услуг, режим работы лечебного учреждения по предоставлению платных медицинских услуг (дни, часы, перечень специалистов), перечень и виды платной медицинской помощи и их стоимость определены Прейскурантом платных медицинских услуг КОГБУЗ «СОВЕТСКАЯ ЦРБ»

II. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Лечебное учреждение обязуется:

2.1.1. Осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.1.2. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах, в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

2.1.3. Предупредить Пациента в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных в Договоре, и в случае предоставления дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента (при внезапных ситуациях) оказывать дополнительные услуги без взимания платы.

2.1.4. Обеспечивать применение разрешенных к применению в Российской Федерации лекарственных препаратов, лечебного питания, медицинских изделий, дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных средств, расходных материалов, изделий медицинского назначения, медицинского оборудования.

2.1.5. Своевременно и качественно оказывать Пациенту медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора, предоставлять Пациенту достоверную информацию об оказываемой медицинской помощи, разъяснения и рекомендации о необходимости и способах лечения.

2.1.6. Обеспечить Пациента в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о перечне платных медицинских услуг и их стоимости, порядке их оплаты, месте, порядке и условиях оказания услуг, сведениями о медицинских работниках (их квалификации, уровне образования), режиме работы (графике работы) медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг.

2.1.7. Вести медицинскую документацию в установленном порядке и обеспечить Пациенту непосредственное ознакомление по его требованию с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья (включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях и т. п.) и выдать копии этих медицинских документов.

2.2. Лечебное учреждение имеет право:

2.2.1. Оказывать платные медицинские услуги в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.2.2. Требовать от Пациента предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему платных медицинских услуг.

2.2.3. Требовать от Пациента бережного отношения к имуществу лечебного учреждения и соблюдения им Правил внутреннего распорядка лечебного учреждения.

2.2.4. В одностороннем порядке изменить предварительно определенный объем оказываемых медицинских услуг в случае, если существует угроза жизни или здоровью Пациента.

2.2.5. Отказать в оказании платных медицинских услуг при выявлении противопоказаний у Пациента.

2.2.6. Отказать Пациенту в оказании медицинской помощи в случае нарушения им условий п. 2.3 настоящего Договора.

2.2.7. Отказать в оказании платных медицинских услуг Пациенту, находящемуся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

2.2.8. Лечебное учреждение вправе отказать Пациенту в оказании платной услуги при мотивированном предоставлении отказа со стороны лечебного учреждения.

2.3. Пациент обязуется:

2.3.1. Своевременно и в полном объеме оплачивать предоставленные лечебным учреждением медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

2.3.2. До оказания медицинской помощи информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, точно выполнять назначения врача по лечению, а также указания, предписанные на период после оказания услуг.

2.3.3. Выполнять Правила внутреннего распорядка, режим лечебного учреждения, требования и предписания медицинского персонала лечебного учреждения как необходимые условия предоставления ему качественной медицинской помощи.

2.3.4. Выполнять личные санитарно – гигиенические процедуры, направленные на поддержание своего здоровья и санитарно – эпидемиологического режима лечебного учреждения.

2.3.5. Бережно относиться к имуществу лечебного учреждения. В случае причинения ущерба лечебному учреждению вследствие утраты или порчи имущества, вызванного действиями или бездействием Пациента и/или лиц, его сопровождающих, Пациент обязуется в течение трех календарных дней возместить лечебному учреждению действительный нанесенный ущерб в полном объеме.

2.4. Пациент имеет право:

2.4.1. На выбор врача-специалиста.

2.4.2. На профилактику, диагностику, лечение в условиях, соответствующих санитарно – гигиеническим требованиям.

2.4.3. На получение консультаций врачей-специалистов.

2.4.4. На получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, на выбор лиц, которым в интересах Пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.

2.4.5. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну.

2.4.6. На отказ от медицинского вмешательства.

2.4.7. На возмещение вреда, причиненного здоровью Пациента при оказании ему медицинской помощи, в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

2.4.8. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

III. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Стоимость и порядок расчетов предоставляемых медицинских услуг определяются в Приложении № 1 к настоящему Договору.

IV. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ

4.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует до фактического выполнения обязательств, принятых Сторонами по настоящему Договору.

4.2. Настоящий Договор может быть изменен либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, оформленному в виде Соглашения и подписанному лечебным учреждением и Пациентом.

4.3. Настоящий Договор может быть досрочно прекращен в одностороннем порядке в случае невыполнения одной из Сторон обязательств по настоящему Договору.

4.4. В случае полного отказа Пациента от получения медицинских услуг после заключения Договора и оплаты услуг Договор расторгается. При этом Пациенту возвращаются денежные средства в полном объеме. В случае частичного отказа от оказания услуг Пациенту подлежат возврату денежные средства пропорционально объему оказанных услуг.

V. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.

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

5.3. Лечебное учреждение освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Пациентом условий настоящего Договора, в случаях осложнений и побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Пациента, а также в случае, если Пациент не проинформировал лечебное учреждение о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

5.4. Все споры и разногласия, возникшие между Сторонами по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров между Сторонами, а в случае не достижения согласия - в суде общей юрисдикции по правилам подведомственности и подсудности, установленным гражданским процессуальным законодательством.

VI. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

6.1. Лечебное учреждение обязуется охранять 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).

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

6.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Пациента допускается в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

VII. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.1. Стороны договариваются, что при подписании Договора лечебное учреждение вправе использовать факсимильное воспроизведение подписи с помощью средств механического копирования (факсимиле), являющегося аналогом собственноручной подписи и имеющего юридическую силу.

7.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, которые имеют одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон. Все приложения являются неотъемлемой частью Договора.

Приложения:

1. Приложение № 1 – Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с Договором, и сроки их предоставления.
2. Приложение № 2 – Согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных.
3. Приложение № 3 – Акт оказанных медицинских услуг

КОГБУЗ «СОВЕТСКАЯ ЦРБ»

Пациент

Юридический и фактический адрес:

Российская Федерация,
613340 Кировская область, Советский район,
г. Советск, ул. Октябрьская, 70;
тел. (факс) (83375) 2-15-53, 2-13-61 (бухг.)
инн 4330000334 кпп 433001001
р/с 40102810345370000033
БИК 013304182
л/с 07801308593
Банк: Отделение Киров Банка России/УФК по
Кировской области г. Киров
Казначейский счет 03224643330000004000
эл. почта: ip-sovetsk@medstat.kirov.ru

_____ *Ф.И.О.* _____

_____ *паспортные данные (серия, номер, кем и когда выдан)* _____

_____ *адрес места жительства, контактный телефон* _____

Главный врач

Е.А. Завьялова

_____ /
подпись

_____ /
расшифровка подписи

**СОГЛАСИЕ СУБЪЕКТА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ
НА ОБРАБОТКУ ЕГО ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Ф.И.О. субъекта персональных данных: _____

Адрес регистрации: _____

Документ, удостоверяющий личность: _____

Серия, номер и дата выдачи: _____

Орган, выдавший документ: _____

Даю согласие Кировскому областному государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Советская центральная районная больница») (далее - Оператор), расположенному по адресу: Российская Федерация, Кировская область, 613340, город Советск, улица Октябрьская дом 70 на обработку персональных данных для осуществления медико – профилактических целей, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико – социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицами, профессионально занимающихся медицинской деятельностью и обязанными в соответствии с законодательством Российской Федерации, сохранять врачебную тайну по следующему перечню персональных данных: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, место жительства, место регистрации, дата регистрации, страховой номер индивидуального лицевого счета, номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица, анамнез, диагноз, сведения об организации, оказавшей медицинские услуги, вид оказанной медицинской помощи, условия оказания медицинской помощи, сроки оказания медицинской помощи, объем оказанной медицинской помощи, результат обращения за медицинской помощью, серия и номер выданного листка нетрудоспособности (при наличии), сведения об оказанных медицинских услугах, примененные стандарты медицинской помощи, сведения о медицинском работнике или медицинских работников, оказавших медицинскую услугу.

Предоставляю Оператору право осуществлять ведение персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности.

В случае, если Оператор поручит обработку персональных данных другому лицу, ответственность перед субъектом персональных данных за действия указанного лица несет Оператор. Лицо, осуществляющее обработку персональных данных по поручению Оператора, несет ответственность перед Оператором.

Даю согласие субъекта персональных данных на обработку моих персональных данных в течение срока хранения медицинской карты амбулаторного больного (форма медицинской документации № 025/у) - двадцать пять лет.

Оставляю за собой право отозвать согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных посредством составления соответствующего письменного заявления, которое будет вручено лично под расписку представителю Оператора или направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении.

« _____ » _____ г.

Субъект персональных данных _____ / _____