

Договор на оказание платных медицинских услуг

г. Смоленск

"__"

_____ 201_ г.

ООО Медицинский центр «Гинейя Н» в лице Генерального директора Мелеховой Натальи Юрьевны действующего на основании Устава и в соответствии с «Правилами предоставления платных медицинских услуг населению» (Постановление Правительства РФ №1006 от 04.10.2012г), «Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан(утверж.21.11.2011,№323-ФЗ), лицензией на оказание медицинских услуг №ЛО-67-01-000825 от 19.09.2014г. (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; - при оказании первичной специализированной помощи в амбулаторных условиях по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), организации здравоохранения и общественному здоровью, ультразвуковой диагностике. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы(услуги: - при проведении медицинских экспертиз по экспертизе временной нетрудоспособности.), выданной Департаментом Смоленской области по здравоохранению(адрес-г.Смоленск,ул.Ленина,д1,тел 292219),свидетельства о государственной регистрации 67 № 001640511 ,выданного Межрайонной ИФНС России № 1 по Смоленской области 29.10.2010 г, именуемого в дальнейшем "Исполнитель", с одной стороны, и гражданин(ка) _____ РФ _____, проживающего по

адресу: _____,

паспорт серии _____ N _____, выдан "__" _____ 20_ г. _____, код подразделения _____,

именуемого в дальнейшем "Пациент", с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель берет на себя обязательство оказать Пациенту следующие медицинские услуги:

_____ ,
(далее - Услуги), отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а Пациент обязуется оплатить их в порядке и размере, установленных настоящим Договором.

1.2. Виды диагностического обследования и лечения, рекомендованные Пациенту, указаны в Прил. N 1 к Договору, являющемся его неотъемлемой частью.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Пациент обязуется:

2.1.1. оплатить медицинские услуги в размере и порядке, указанном в п. 3 настоящего Договора;

2.1.2. до назначения курса лечения сообщить лечащему врачу все сведения о наличии у него других заболеваний, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, а также другую информацию, влияющую на протекание или лечение указанного в п. 1.1. заболевания;

2.1.3. выполнять все требования медицинского персонала Исполнителя во время всего курса лечения;

2.1.4. соблюдать график приема врачей-специалистов;

2.1.5. при прохождении курса лечения сообщать лечащему врачу о любых изменениях самочувствия;

2.1.6. отказаться на весь курс лечения от употребления наркотиков и лекарств их содержащих, психотропных препаратов, алкоголесодержащих напитков;

2.1.8. согласовывать с лечащим или дежурным врачом употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей, и т.д.

2.1.9. соблюдать правила поведения пациентов в ООО МЦ «ГИНЕЯ Н»

2.2. Пациент имеет право:

2.2.1. требовать от Исполнителя предоставления сведений о наличии лицензии и сертификата, расчета стоимости оказываемых услуг;

2.2.2. выбрать лечащего врача (с учетом его согласия);

2.2.3. получать от Исполнителя для ознакомления в доступной для понимания и восприятия форме любые сведения о состоянии своего здоровья, протекании лечения, данные промежуточных обследований, результаты анализов, протоколы консилиумов и т.д.;

- 2.2.4. требовать проведения консилиума или консультаций других специалистов;
- 2.2.5. отказаться от медицинского вмешательства (в письменной форме);
- 2.2.6. требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии (врачебной тайны);
- 2.2.7. дать добровольное согласие на медицинское вмешательство;
- 2.2.8. отказаться от получения Услуги (до момента начала ее оказания) и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания Услуги.
- 2.3. Исполнитель обязуется:
- 2.3.1. оказать медицинские услуги качественно, в соответствии с предусмотренными медицинскими технологиями и в срок, указанный в данном Договоре;
- 2.3.2. использовать в процессе лечения только лицензированные, запатентованные способы, рекомендованные российской и общемировой медицинской практикой;
- 2.3.3. в случае невыполнения взятых обязательств возместить Пациенту стоимость лечения.
- 2.3.4. не использовать без согласования с Пациентом способов лечения, медицинских препаратов и процедур, способных нанести вред здоровью и самочувствию Пациента;
- 2.35. соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия и здоровья Пациента (врачебную тайну);
- 2.4. Исполнитель имеет право:
- 2.4.1. Требовать от Пациента соблюдения:
- графика прохождения процедур;
 - соблюдения режима приема лекарственных препаратов, режима питания и других предписаний;
 - соблюдения правил поведения пациента в ООО МЦ «ГИНЕЯ Н»
- 2.4.2. по своему усмотрению продлить курс лечения Пациента, но не более чем на _____ дней;
- 2.4.3. использовать результаты, описание хода лечения и прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без указания данных Пациента, достаточных для его идентификации;
- 2.4.4. в одностороннем порядке прекратить или приостановить выполнение своих обязательств по настоящему Договору при неисполнении Пациентом своих обязательств.
- 2.4.5. в случае возникновения неотложных состояний Исполнитель имеет право самостоятельно определять объем исследований и оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных настоящим Договором.

3. Цена и порядок оплаты услуг

- 3.1. Стоимость Услуги устанавливается действующим прейскурантом и составляет _____ (_____) рублей.
- 3.2. Оплата Услуг осуществляется Пациентом в порядке 100-процентной предоплаты до получения Услуги путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.
- 3.3. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Пациента с учетом уточненного диагноза, сложности операции и иных затрат на лечение, данные изменения к Договору должны быть произведены в простой письменной форме и подписаны обеими сторонами Договора.

4. Ответственность сторон

- 4.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязанностей по договору Исполнитель несет ответственность в размере реального ущерба, причиненного Пациенту таким неисполнением.
- 4.2. В случае причинения вреда здоровью или жизни Пациента по вине Исполнителя он несет ответственность в соответствии с законодательством РФ.
- 4.3. 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.

5. Прочие условия

- 5.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, стороны будут по возможности решать путем ведения переговоров. При невозможности достижения согласия спор подлежит передаче на рассмотрение суда в соответствии с законодательством РФ.
- 5.2. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами.

5.3. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и завершается получением Пациентом Услуги (подтверждением получения пациентом Услуги является заключение по результатам диагностического обследования или выписка из истории болезни).

5.4. Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе любой из сторон с обязательным предварительным уведомлением другой стороны.

6. Адреса и реквизиты сторон

Исполнитель
ООО МЦ «Гинея Н»
г. Рославль, ул. Орджоникидзе, д 10
Генеральный директор Мелехова Н.Ю.

Пациент
адрес
телефон

М.П.

Приложение 1 к договору

Виды рекомендованного исследования и лечения

№	Виды рекомендованного исследования и лечения	Примерная стоимость

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ВЫПОЛНЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА, ОПЕРАЦИИ, ЛЕЧЕНИЯ, ОБСЛЕДОВАНИЯ, ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ

Настоящее добровольное информированное согласие составлено в соответствии со статьей 20 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011г. № 323-ФЗ.

1. _____ Мне,

_____ (ФИО пациента или его законного представителя)

разъяснены состояние моего здоровья и характер предстоящих диагностических и лечебных мероприятий, в том числе оперативного лечения, при необходимости.

2. Я согласен(а) на проведение в условиях и ООО Медицинского центра «ГИНЕЯ Н» следующих медицинских вмешательств, операций, методов лечения, обследований, освидетельствования: _____

3. Содержание указанных выше медицинских действий, связанных для меня с риском, возможные осложнения и последствия, включая нетрудоспособность и смерть, мне известны. Я хорошо понял(а) все разъяснения врача.

4. Я понимаю, что в ходе выполнения указанных выше медицинских действий может возникнуть необходимость выполнения другого вмешательства, исследования или операции, не указанных в п.2. Я доверяю врачам и иным медицинским работникам принять соответствующее решение, в соответствии с их профессиональными суждениями выполнять любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения моего состояния.

5. Я согласен(а) на переливание донорской крови или ее компонентов в ходе операции и в послеоперационном периоде, если возникнет такая необходимость.

6. Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне врачом, оно мне понятно, что я удостоверяю своей подписью:

Ф.И.О. _____ и _____ подпись _____ Пациента

(Если пациент не может подписать документ вследствие тяжести своего физического состояния или является несовершеннолетним – подпись законного представителя (ближайшего родственника или опекуна)).

Подпись врача _____ / _____ / _____ «__»

_____ 201__ г.

От проведения исследований, освидетельствования, методов лечения, указанных в п.2.

_____ отказываюсь, что и удостоверяю своей
подписью. Мне разъяснены последствия отказа от

_____,
что может привести к осложнениям, поздней или неправильной диагностике заболевания,
стойкой утрате трудоспособности, инвалидности или смерти.

Ф.И.О. _____ и _____ Пациента _____ (законного
представителя)

Подпись врача _____ / _____ / _____ «__»
_____ 201__ г.

ИНФОРМАЦИОННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА

Согласен на предоставление информации о факте обращения за медицинской помощью,
состоянии здоровья, наличия заболевания, диагнозе, результатах обследования, прогнозе и
методах _____ лечения _____ следующим _____ лицам:

_____.

Подпись пациента _____ «__» _____ 201__ г.