

# Договор

## на оказание платных медицинских услуг

ГБУ ЦГБ им.Р.П.Аскерханова

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 г.

Гражданин(ка) \_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с одной стороны, и государственное учреждение здравоохранения ЦГБ им.Р.П.Аскерханова именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Гаджиевой Алжанат Багувудиновны, действующего на основании Устава, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

### 1. Предмет договора

1.1. В соответствии с настоящим договором Исполнитель обязуется оказать медицинские услуги, а Заказчик обязуется оплатить эти услуги.

1.2. По настоящему договору Исполнитель оказывает Заказчику следующие виды платных медицинских услуг: \_\_\_\_\_.

1.3. Заказчик при подписании настоящего договора ознакомлен с перечнем предоставляемых Исполнителем услуг, стоимостью и условиями их предоставления.

1.4. Заказчик уведомлен, что после оказания медицинской помощи, указанной в п.1.2., для него могут наступить возможные негативные последствия. Информированное добровольное согласие Заказчика на выполнение медицинского вмешательства, операции, лечения, обследования, освидетельствования является неотъемлемой частью настоящего договора (приложение).

1.5. Результатом оказания медицинских услуг является медицинская справка или соответствующее заключение, выдаваемое Исполнителем Заказчику.

### 2. Права и обязанности сторон

#### 2.1. Права Исполнителя:

2.1.1. Исполнитель вправе самостоятельно определять объем исследований и необходимых действий, направленных на установление верного диагноза и оказания медицинской услуги.

2.1.2. Исполнитель вправе с уведомлением Заказчика вносить изменения в лечение и провести дополнительное специализированное лечение.

2.1.3. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для проведения медицинской услуги, Исполнитель вправе назначить другого врача.

#### 2.2. Обязанности Исполнителя:

2.2.1. Исполнитель принимает на себя обязательство оказать услуги, указанные в п.1.2., в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации в срок не позднее двух месяцев с момента заключения договора.

2.2.2. Исполнитель обязан предоставлять Заказчику информацию о ходе оказания медицинских услуг в понятной и доступной форме.

2.2.3. Исполнитель обязуется сохранить конфиденциальность информации о врачебной тайне Заказчика.

#### 2.3. Права Заказчика:

2.3.1. Заказчик вправе требовать от Исполнителя надлежащего качества предоставляемых медицинских услуг.

2.3.2. Заказчик имеет право отказаться от медицинских услуг по настоящему договору и получить обратно уплаченную сумму в случае невыполнения услуги.

#### 2.4. Обязанности Заказчика:

2.4.1. Заказчик обязан до оказания медицинской услуги информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

2.4.2. Заказчик обязан для оказания услуги прийти в указанное Исполнителем место в указанный срок. Заказчик обязуется соблюдать правила поведения, принятые Исполнителем для пациентов.

2.4.3. Заказчик обязуется выполнять все рекомендации медицинского персонала и третьих лиц, оказывающих ему по договору медицинские услуги, по лечению, в том числе Заказчик обязан соблюдать указания медицинского учреждения, которые он должен соблюдать после оказания услуги.

### 3. Стоимость услуг и порядок платежей

3.1. Стоимость оказываемых услуг по настоящему договору составляет \_\_\_\_\_ руб.

3.2. Оплата услуг осуществляется Заказчиком авансовым платежом в размере 100%, путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя.

3.3. При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ по результатам обследования и лечения стоимость оказываемых по настоящему договору услуг может быть изменена Исполнителем в одностороннем порядке с учетом диагноза, сложности операции и иных затрат на лечение.

#### 4. Ответственность сторон.

4.1. В случае неоплаты Заказчиком стоимости медицинских услуг на условиях, указанных в разделе 3 настоящего договора, Исполнитель имеет право отказать Заказчику в оказании услуг до оплаты последним ее стоимости.

4.2. Исполнитель не несет ответственности за результаты оказания медицинских услуг в случаях несоблюдения Заказчиком рекомендаций по лечению и иных неправомерных действий.

4.3. Заказчик вправе предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.4. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим договором или в связи с ним, стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров.

#### 5. Срок действия договора

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и заключается сроком на 2 месяца.

5.2. Любые изменения и дополнения к настоящему договору должны быть составлены в письменной форме и подписаны сторонами либо их уполномоченными представителями.

5.3. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

#### 7. Адреса и реквизиты сторон

##### Заказчик

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Проживает \_\_\_\_\_

Паспорт серия \_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

выдан «\_\_» \_\_\_\_\_ 200\_\_ г.

Дата рождения «\_\_» \_\_\_\_\_ 19\_\_ г.

тел. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

##### Исполнитель

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ РЕСПУБЛИКИ  
ДАГЕСТАН «ХАСАВИОРТОВСКАЯ  
ЦЕНТРАЛЬНАЯ ГОРОДСКАЯ  
БОЛЬНИЦА» ИМ. Р.П. АСКЕРХАНОВА.  
АДРЕС: 368006, РД, Г. ХАСАВИОРТ  
УЛ. АЛИЕВА 21  
ИНН/КПП-0544014104/054401001  
ОКОГУ-2300229  
ПОЛУЧАТЕЛЬ ПО РД (ГБУ  
«ХАСАВИОРТОВСКАЯ ЦГБ») Л/С  
22036У19730  
БАНКОВСКИЙ СЧЕТ-  
40601810100001000001  
БИК-048209001  
НАИМЕНОВАНИЕ БАНКА-ГРКЦНБ РД  
РОССИИ

\_\_\_\_\_  
М.П.

Приложение

к договору на оказание  
платных медицинских услуг  
от «\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г. № \_\_**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 государственного учреждения здравоохранения *ГБУ ЦГБ им.Р.П.Аскерханова* 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 подпись 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, наличии заболевания, диагнозе, результатах обследования, прогнозе и методах лечения следующим лицам:

Подпись пациента \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.