

ДОГОВОР на оказание платных медицинских услуг № _____

г. Санкт-Петербург

« ____ » _____ 20 ____ г

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Женская консультация № 33», адрес места нахождения: 193079, г. Санкт-Петербург, ул. Народная, д.17, корп.2, литера Р, ОГРН 1027806083513 (Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц 78 № 008401289, регистрирующий орган Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы № 15 по Санкт-Петербургу), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», действующее на основании лицензии № ЛО- 78-01-007900, выданной Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга 14.06.2017 г. по адресу: г. Санкт-Петербург, ул. Малая Садовая, д.1/25(тел. (812)3140443), в лице главного врача Ким Ирины Валерьевны, действующего на основании Устава и гражданин(ка)

фамилия, имя, отчество

именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. На условиях настоящего Договора Исполнитель обязуется оказать Пациенту на возмездной основе медицинские услуги _____, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а Пациент обязуется принять и оплатить медицинские услуги, оказанные Исполнителем в порядке и в сроки, установленные в Договоре.

1.2. Объем оказываемых по настоящему Договору услуг определяется желанием Пациента и организационно-техническими возможностями медицинского учреждения. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия физического лица на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником 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 (Приложение № 1)

1.3. Перечень и стоимость медицинских услуг, оказываемых Исполнителем, 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 (Приложение № 2), Прейскурантом медицинского учреждения (Приложение № 3), 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 № 4) 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 медицинского учреждения по предоставлению платных медицинских услуг (дни, часы, перечень специалистов), перечень и виды платной медицинской помощи и их стоимость определены Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг физическим лицам в СПб ГБУЗ «Женская консультация № 33», утвержденным Приказом главного врача.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Медицинское 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, 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, в том числе в сети «Интернет», 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. Медицинское 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 и соблюдения им Правил внутреннего распорядка Медицинского 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.

2.3. Пациент обязуется:

2.3.1. Своевременно и в полном объеме оплачивать предоставленные Медицинским 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 Медицинского учреждения, требования и предписания медицинского персонала 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 Медицинского учреждения.

2.3.5. Бережно относиться к имуществу Медицинского учреждения. В случае причинения ущерба Медицинскому учреждению вследствие утраты или порчи имущества, вызванного действиями или бездействием Пациента и/или лиц, его сопровождающих, Пациент обязуется в течение трех календарных дней возместить Медицинскому 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.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Стоимость услуги _____ рублей. После оплаты в кассу Пациенту выдается кассовый чек установленного образца, подтверждающий произведенную оплату оказанных медицинских услуг. Пациент обязуется произвести предоплату за медицинскую услугу в размере 100% ее стоимости.

4. 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 Медицинским 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.

5. 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. Медицинское 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 Медицинское 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.

6. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

6.1. Медицинское 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.

7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.1. Стороны договариваются, что при подписании Договора Медицинское 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 - Согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных

<u>Исполнитель:</u>	<u>Пациент:</u>
СПб ГБУЗ «Женская консультация № 33»	_____
Российская Федерация, 193079, г. Санкт – Петербург, ул. Народная, д.17 корп.2, литер Р	Фамилия, имя, отчество
Номер тел.: (812) 446-14-59	_____
Номер тел/факса: (812) 446-14-59	Паспортные данные
Адрес электронной почты: jk33@zdrav.spb.ru	_____
Главный врач _____ И.В. Ким	_____ Подпись

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Санкт-Петербург

«___» _____ 20___ г.

1. Мне, _____
Ф.И.О. пациента или его законного представителя

«___» _____ г. рождения,

проживающая по адресу: _____
адрес гражданина, одного из родителей, иного законного представителя

В соответствии со ст. 19, 20, 22 Федерального закона РФ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» разъяснены состояние моего здоровья и характер необходимых диагностических и лечебных мероприятий.

2. настоящим согласием я доверяю врачам СПб ГБУЗ «Женская консультация № 33» выполнять необходимые мне медицинские манипуляции:

2.1. полное клинико-лабораторное обследование, включающее гинекологический осмотр в зеркалах, взятие мазков, влагалищное обследование, УЗИ _____

2.2. внутримышечные инъекции _____

2.3. постановка внутривенного катетера _____

2.4. внутривенные инъекции (инфузионная терапия) _____

2.5. проведение консультаций и анализ медицинской документации (гинекологической истории болезни, карты наблюдения по беременности) с привлечением сторонних специалистов _____

3. содержание указанных выше медицинских действий, связанный с ними риск, возможные осложнения и последствия, включая нетрудоспособность и возможный летальный исход, мне известны. Я хорошо поняла все разъяснения врача.

4. Мне разъяснено, что в ходе выполнения медицинских действий, проводимых мне, может возникнуть необходимость других вмешательств, исследований, операций, лечебных мероприятий, не указанных в п.2. Я доверяю врачам принять соответствующее профессиональное решение и выполнить любые действия, которые врач сочтет необходимым для установления (уточнения) диагноза, лечения и улучшения моего состояния.

5. Содержание настоящего документа мной прочитано, разъяснено мне врачом, оно мне полностью понятно.

Я подтверждаю, что имела время и возможность обсудить с врачом все интересующие меня вопросы по поводу медицинского вмешательства и получила на них дополнительные удовлетворяющие меня разъяснения.

Мое согласие с проведением предложенного медицинского вмешательства является свободным и осознанным, что я и удостоверяю своей подписью.

Подпись пациента _____

Подпись врача _____

Перечень работ (услуг), отраженных в лицензии на медицинскую деятельность

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; вакцинации (проведению профилактических прививок); лабораторной диагностике
;сестринскому делу;

при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:
организации здравоохранения и общественному здоровью; терапии;

при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по:
клинической лабораторной диагностике, организации здравоохранения и общественному здоровью;
терапии;

при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий); клинической лабораторной диагностике, организации здравоохранения и общественному здоровью; ультразвуковой диагностике;

при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий); клинической лабораторной диагностике; 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 осмотров по:

медицинским осмотрам профилактическим;

при проведении медицинских экспертиз по:

экспертизе качества медицинской помощи;

экспертизе временной нетрудоспособности

**Прейскурант цен
на платные медицинские услуги
Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Женская
консультация № 33»**

№ п/п	Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Стоимость
1.	В 01.001.01	Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный (высшая категория)	1200.00
2.	В 01.001.02	Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога повторный (высшая категория)	800.00
3.	В 01.001.01	Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный (1-я категория)	1100.00
4.	В 01.001.02	Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога повторный (1-я категория)	700.00
5.	В 01.001.01	Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный (2-й категории, без категории)	1000.00
6.	В 01.001.02	Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога повторный (2-й категории, без категории)	600.00
7.	А 04.20.001	Ультразвуковое исследование матки и придатков (при гинекологических заболеваниях)	1000.00
8.	А 04.31.001	Ультразвуковое исследование при беременности	1500.00
9.	А 04.20.001	Ультразвуковое исследование матки и придатков (трансвагинальное)	1000.00
10.	А 04.20.002 + А 04.06.002	Ультразвуковое исследование молочных желез + ультразвуковое исследование лимфоузлов	1000.00
11.	А 04.28.001 + А 04.28.002	Ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря (при гинекологических заболеваниях)	1000.00
12.	А 11.20.014	Введение внутриматочной спирали (без стоимости спирали)	1500.00
13.	А 11.20.015	Удаление внутриматочной спирали (осложненное)	1500.00
14.	А 11.20.016	Удаление внутриматочной спирали (без осложнений)	1050.00
15.	А 11.20.006	Получение влагалищного мазка	250.00
16.	А 03.20.001	Кольпоскопия	1000.00
17.	А 11.20.012	Биопсия шейки матки	2000.00
18.	А 14.20.001	Спринцевание влагалища	300.00
19.	А 16.20.051	Диатермокоагуляция шейки матки	1300.00
20.	А 16.20.037	Электроконизация шейки матки	2500.00
21.	А 16.20.033	Удаление полипа женских половых органов	1000.00
22.	А 14.20.002	Введение, извлечение влагалищного поддерживающего кольца (пессария)	300.00
23.	В 01.001.01	Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога (эндокринолога) первичный (высшая категория)	1200.00
24.	В 01.001.02	Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога (эндокринолога) повторный (высшая категория)	800.00
25.	А 16.20.038	Аборт (медикаментозный)	7500.00
26.	В 03.016.02	Клинический анализ крови	400.00
27.	В 03.016.06	Анализ мочи общий	300.00

**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 Государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Женская консультация № 33» (далее – Оператор), расположенному по адресу: г. Санкт-Петербург, ул. Народная, д. 17, корп. 2, литер Р, 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 занимающимися медицинской деятельностью и обязанными в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну по следующему перечню персональных данных: фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), 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 работниках, 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.

Субъект персональных данных

_____/_____

« ____ » _____ 20 ____ г.