

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг
(с юридическим лицом)

г. Саратов

« _____ » _____ 20__ г.

ГУЗ «Областная клиническая туберкулезная больница», в лице главного врача Е.Н.Моклецова, действующего на основании Устава и лицензии № ЛО-64-01-002735 от «15» декабря 2014г., именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, и **Заказчик**, в лице _____ (Ф.И.О.), действующий на основании _____ с другой стороны, вместе именуемые **Стороны**, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1 Настоящий договор определяет порядок и условия оказания платных медицинских услуг. Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется оказать представителям Заказчика в соответствии с *Приложением 2* платные медицинские услуги в соответствии с *Приложением 3*.

1.2.Срок оказания платных медицинских услуг _____.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязан:

- обеспечить Заказчика бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о местонахождении лечебного учреждения (месте его государственной регистрации), режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан, а также сведения о лицензии лечебного учреждения, квалификации и сертификации специалистов, оказывающих платные медицинские услуги;
- оказать Заказчику квалифицированную, качественную медицинскую помощь в установленный договором срок;
- оказывать только те платные медицинские услуги, которые предусмотрены лицензией и Перечнем медицинских услуг, утвержденным Председателем комиссии по выдаче разрешения на оказание платных медицинских услуг населению;
- до оказания платной медицинской услуги (проведение оперативных вмешательств) провести комплексное обследование пациента(ов) с выдачей заключения о возможности проведения данной платной медицинской услуги. Вышеуказанное заключение является *приложением № 1* к настоящему договору.
- после оказания платной медицинской услуги предоставить Заказчику акт выполненных работ в соответствии с *приложением № 5*.

2.2. Исполнитель имеет право:

- в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза и оказания медицинской помощи, в том числе не предусмотренных договором.

2.3. Заказчик обязан довести до сведения своих представителей следующую информацию:

- о предоставлении точной и достоверной информации о состоянии своего здоровья, информировании врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных аллергических реакциях, противопоказаниях;
- о строгом выполнении медицинских предписаний;
- о необходимости строго соблюдать лечебно-охранительный режим;

2.4. Заказчик имеет право:

- на предоставление полной и достоверной информации о медицинской услуге;
- ознакомиться с документами, подтверждающими специальную правоспособность лечебного учреждения и его специалистов на оказание платной медицинской услуги;
- на возмещение вреда в случае ненадлежащего оказания медицинской услуги;
- отказаться от получения медицинской услуги и получить обратно сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуги.

2.5. С учетом самой технологии выполнения медицинской услуги Заказчик должен знать и осознавать вероятность (но не обязательность) побочных эффектов медицинского вмешательства и осложнений, что может причинить вред здоровью представителя Заказчика.

Возможные осложнения и побочные эффекты:

- аллергические реакции (крапивница, отек Квинке, анафилактический шок) на введение медицинских препаратов, постинъекционные осложнения (инфильтраты, флебиты и др.);
- осложнения при проведении диагностических и лечебных исследований и манипуляций (гопотония, бронхоспазм, повреждение полого, паренхиматозного органа, кровотечение и др.), которые

могут потребовать проведения интенсивных терапевтических мероприятий или экстренного хирургического вмешательства;

- осложнения при проведении планового или экстренного оперативного вмешательства, связанные с индивидуальными особенностями организма больного, которые могут привести к изменению объема оперативного вмешательства в ходе операции;

- послеоперационные осложнения (кровотечение, острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, тромбоэмболия легочной артерии, послеоперационная пневмония, гнойно-септические осложнения: нагноение послеоперационного шва, перитонит, плеврит, паранефрит, флегмона и др.), которые могут потребовать повторного оперативного вмешательства.

2.6. Заказчик предупрежден о возможности получения бесплатной медицинской помощи (если эта медицинская помощь может быть предоставлена в рамках реализации программы оказания бесплатной медицинской помощи), в том числе и в других лечебно-профилактических учреждениях, подтверждает получение данной информации и подтверждает свое желание получить платную(ые) медицинскую(ые) услугу(и), предусмотренную(ые) договором, за счет собственных средств. (Приложение №4)

2.7. Исполнитель не несет ответственности за наступление осложнений, если медицинская услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, в связи с тем, что побочные эффекты и осложнения, перечисленные в п. 2.5. настоящего Договора, возникают вследствие биологических особенностей организма и используемая технология оказания платной медицинской услуги не может полностью исключить их вероятность;

2.8. Исполнитель устраняет побочные эффекты и осложнения, которые потребовали оказания неотложной медицинской помощи, без дополнительной платы.

3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

3.1. В случае ненадлежащего оказания медицинской услуги или несоблюдения Исполнителем обязательств по срокам исполнения услуг Заказчик вправе по своему выбору потребовать:

- безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги;
- соответствующего уменьшения цены оказанной услуги;
- потребовать исполнения услуги другим специалистом;
- назначить новый срок оказания услуги.

3.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения представителей Заказчика своих обязанностей или по другим основаниям, предусмотренным законодательством;

3.3. Заказчик обязан полностью возместить медицинскому учреждению понесенные убытки, если оно не смогло оказать услугу или было вынуждено прекратить ее оказание по вине Заказчика.

4. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

4.1. Расчеты между сторонами осуществляются в размере 100% предоплаты.

4.2. Общая стоимость медицинских услуг, предоставляемых представителям Заказчика, в соответствии с Приложением 3 составляет _____ (_____) руб.

4.3. Оплата медицинской услуги производится безналичным перечислением на расчетный счет ГУЗ «ОКТБ»;

4.4. При возникновении необходимости выполнения дополнительных услуг, не предусмотренных договором, они выполняются с согласия Заказчика по дополнительному соглашению к данному договору с оплатой по утвержденному Прейскуранту;

4.5. Исполнитель обязан выдать Заказчику документы установленного образца, подтверждающие факт оплаты медицинских услуг.

5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

5.1. Стороны берут взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего Договора, а также обязуются принимать все необходимые меры, чтобы избежать даже частичного нарушения конфиденциальности;

5.2. Стороны несут ответственность за последствия, вызванные нарушением обязательств по конфиденциальности, независимо от того, было ли это нарушение совершено преднамеренно или случайно;

5.3. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанное по настоящему договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой стороны. Те же действия, осуществляемые в отношении сведений, составляющих врачебную тайну, возможны исключительно в случаях, регламентированных действующим законодательством;

5.4. Конфиденциальной по настоящему договору признается информация:
-вся информация по настоящему договору.

6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

- 6.1. Условия настоящего Договора могут быть изменены по письменному соглашению Сторон.
6.2. Договор, может быть расторгнут по соглашению сторон, или по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

- 8.1. Споры и разногласия решаются путем переговоров, привлечения независимой экспертизы и в судебном порядке;
8.2. До обращения в суд по поводу качества оказанных услуг Стороны договорились о проведении независимой экспертизы;
8.3. Для обращения в суд по поводу расторжения или изменения условий настоящего Договора обязательно предъявление Претензии, которая рассматривается другой стороной в течение 10 дней.
8.4 Стороны признают одинаковую юридическую силу собственноручно подписанного договора и договора, подписанного с использованием факсимильной копии подписи, и гарантируют ее достоверность.

9. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель:

ГУЗ «Областная клиническая туберкулёзная
больница»
Адрес: 410076, г.Саратов, ул.Чернышевского д.55
Тел/факс: 29-40-51
Лицевой счет № к счету Министерства финансов
Саратовской области
№
КПП
ИНН
БИК

Главный врач
Е.Н.Моклецов
(подпись)

Заказчик:

(наименование организации, учреждения)

Адрес: _____

Тел/факс: _____

Р/с _____

КПП _____

ИНН _____

БИК _____

Руководитель

(подпись)

(Ф.И.О.)

Заключение о комплексном медицинском обследовании пациента
_____ от _____ 20 ____ г.
(ф.и.о.)

Врач _____ от лица Государственного учреждения здравоохранения «Областная клиническая туберкулёзная больница» провел комплексное медицинское обследование пациента _____, которое включает в себя:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

и т.д.

Врач _____ подтверждает возможность оказания платной медицинской услуги _____ данному пациенту.

Дата
МП

Подпись

Список

(наименование учреждения, организации)
на оказание платных медицинских услуг в
ГУЗ «Областная клиническая туберкулёзная больница»

№	Ф.И.О.	Дата рождения	Адрес, тел.	Паспортные данные
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Руководитель _____ (Ф.И.О.)

Главный бухгалтер _____ (Ф.И.О.)

М.П.

Перечень и стоимость
платных медицинских услуг, оказываемых

(наименование учреждения, организации)
в ГУЗ «Областная клиническая туберкулёзная больница»

№	Наименование медицинской услуги	Стоимость	Примечания
1			
2			
3			
4			
5			
6			
	ИТОГО		

Главный врач ГУЗ «ОКТЬ»

_____ Е.Н.Моклецов

Заместитель главного врача по экономическим
вопросам

_____ Л.В.Должикова

М.П.

Соглашение об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг (информированное согласие) – заполняется с каждым пациентом

г.Саратов

« ____ » _____ 20 ____ г.

Я, пациент _____, в рамках договора об оказании платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги ГУЗ «ОКТБ», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее.

1. Я, получив от сотрудников ГУЗ «ОКТБ» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в ГУЗ «ОКТБ» и других медицинских учреждениях в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.

2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

3. Мне разъяснено и я осознал, что проводимое лечение мне не гарантирует 100%-ного результата и что при проведении операции и после нее, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.

4. Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятности возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ГУЗ «ОКТБ», не несет ответственности за их возникновение.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей ГУЗ «ОКТБ»,

6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие виды дополнительных медицинских услуг, которые я хочу получить в ГУЗ «ОКТБ», и согласен оплатить:

7. Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен оплатить указанную медицинскую услугу в соответствии с ним.

8. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с врачом, и я даю свое согласие на их оплату _____ в _____ кассу _____ ГУЗ _____ «ОКТБ», _____ в _____ сумме

9. Я проинформирован, что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в ГУЗ «ОКТБ»,

10. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Пациент: _____, паспорт N _____

Выдан _____

Прописан по адресу _____

Настоящее соглашение подписано пациентом на приеме у лечащего врача после проведения разъяснительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

(подпись, фамилия, имя, отчество)

Акт выполненных работ

Мы, нижеподписавшиеся:
ГУЗ «Областная клиническая туберкулезная больница» в лице _____

(должность) (фамилия)
именуемое в дальнейшем «Исполнитель»

И _____, именуемый в дальнейшем
(фамилия пациента)
«Заказчик», удостоверяем настоящим актом, что ГУЗ «ОКТБ» были оказаны следующие медицинские
услуги:

Стоимость оказанных услуг - _____ руб. _____ коп.

Услуги предоставлены качественно и в полном объеме.

Претензии по качеству и объёму оказанных услуг стороны не имеют.

Исполнитель:
(представитель ГУЗ «ОКТБ»):

Заказчик

(подпись) (фамилия) (подпись) (фамилия)