ДОГОВОР

на оказание платных медицинских услуг Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая больница №3» министерства здравоохранения Краснодарского края

|  |  |
| --- | --- |
|  2018 г. | №  |

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая больница №3» министерства здравоохранения Краснодарского края, имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности серии ЛО23-01 № ЛО-23-01-012916 от 16.11.2018 именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Кассир Андреевой Анны Леонидовны, действующей на основании Доверенности от 01.08.2018 г. № 447, с одной стороны и гражданин(ка) или его законный представитель **­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­** именуемый в дальнейшем "Заказчик", действующий в интересах представляемого в дальнейшем именуемый "Пациент" с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1.ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется оказать следующие платные медицинские услуги:

1.2. При исполнении настоящего договора стороны руководствуются Федеральным законом от 21.11.2011 № 323- ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. №1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», и иными нормативными актами Российской Федерации и Краснодарского края, регулирующими предоставление гражданам платных медицинских услуг.

2.РАЗМЕР, СРОКИ И ПОРЯДОК РАСЧЕТА

2.1. Услуги Заказчику оказываются в соответствии с режимом работы Исполнителя, который доводится до сведения Заказчика при заключении договора.

2.2. Основанием для оказания услуги по данному договору является:

- собственное желание пациента на проведение обследований (консультаций)

- желание пациента сократить сроки ожидания планового обследования.

3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1 Стоимость оказываемых Заказчику услуг согласно прейскуранту составляет 905,00 (Девятьсот пять рублей 00 копеек).

3.2. Оплата Заказчиком производится за счет личных средств «Пациента» наличным платежом в кассу или по безналичному расчету на счет Исполнителя до предоставления медицинской услуги (предоплата).

3.3. При оплате наличным платежом в кассу Исполнитель обязан выдать Заказчику документы, подтверждающие прием наличных денег (квитанцию формы №10 по ОКУД).

4.ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Исполнитель обязан:

4.1.1. качественно оказать Заказчику медицинские услуги;

4.1.2. предоставить Заказчику доступную для его понимания достоверную информацию о предоставляемой услуге до подписания договора;

4.1.3. обеспечить Заказчика в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о лицензии на медицинскую деятельность, о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг, их стоимости, условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов;

4.1.4. обеспечить выполнение принятых на себя обязательств по оказанию медицинских услуг силами собственных специалистов;

4.1.5. вести установленную законодательством медицинскую документацию;

4.1.6. обеспечить Заказчику непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, выдав ему консультативное заключение;

4.1.7. хранить в тайне информацию, содержащуюся в медицинской документации Заказчика, и предоставлять ее без согласия Заказчика в установленных законом случаях.

4.2. Исполнитель имеет право:

4.2.1. требовать от Заказчика предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему медицинских услуг;

4.2.2. в случае невозможности оказания услуги отказаться от исполнения обязательств по договору при условии возврата Заказчику стоимости оплаченной услуги;

4.2.3. требовать от Заказчика полной оплаты оказанных услуг.

4.3. Заказчик обязан:

4.3.1. своевременно оплатить стоимость услуги;

4.3.2. своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Заказчиком условий договора.

4.4. Заказчик имеет право:

4.4.1. получать от Исполнителя полную, доступную для понимания, своевременную информацию о получаемой медицинской услуге;

4.4.2. отказаться от получения услуги на любом этапе и получить оплаченную сумму, с возмещением Исполнителю фактически понесенных затрат.

5. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ УСЛУГЕ

5.1. "Исполнитель" имеет лицензию на медицинскую деятельность серии ФС-23-01 номер 004701 от 19.01.2017 (выданная Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения 350059, г.Краснодар, ул.Васнецова д.39, Приёмная: +7(861)2011390; факс: +7(861)2011391, e-mail: info@reg23.roszdravnadzor.ru).

5.2. "Заказчик" уведомлен о том, что данный вид медицинской услуги входит в программу обязательного медицинского страхования и финансируется из средств обязательного медицинского страхования.

5.3. Консультацию производит врач (врачи):

5.4. В случае оказания услуги, связанной с медицинским вмешательством, "Исполнитель" обязан до начала оказания услуги получить информированное добровольное согласие Заказчика.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения Исполнителем условий договора Заказчик вправе по своему выбору потребовать:

6.1.1. назначения нового срока оказания услуги;

6.1.2. уменьшения стоимости предоставленной услуги;

6.1.3. исполнения услуги другим специалистом;

6.1.4. расторгнуть договор.

6.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

6.3. В случае причинения вреда имуществу Исполнителя, Заказчик возмещает его в полном объеме в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ЕГО РАСТОРЖЕНИЯ

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

7.2. Условия договора могут быть изменены по соглашению сторон путем оформления в письменной форме дополнений, являющихся неотъемлемой частью договора.

7.3. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

8.1. Споры и разногласия, возникающие в процессе исполнения данного договора, разрешаются путем переговоров, а в случае не достижения согласия - в судебном порядке.

8.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой стороны.

РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

|  |  |
| --- | --- |
| ИСПОЛНИТЕЛЬ:Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая больница №3» министерства здравоохранения Краснодарского краяАдрес: 350007, г.Краснодар, ул.Захарова ,59ОГРН 1032304930525 от 24.01.2003г. Орган, зар. ЮЛ.: Регистрационная палата администрации г.Краснодара, дата регистрации 23.05.1996г.ИНН: 2309047657КПП: 230901001л/с: 828511880р/с: 40601810900003000001 в Южный ГУ БАНКА РОССИИ г. КраснодарБИК: 040349001Телефон/факс: 268-79-47 (ординаторская)Бухгалтер по финансовому учету: \_\_\_\_\_\_\_ Чесебиева З. А. | ЗАКАЗЧИК:Пациент: Паспорт: Адрес: Телефон:  |

**СОГЛАСИЕ**

**пациента на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавшийся(-аяся)

(Ф.И.О. полностью)

В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27. 07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая больница №3» министерства здравоохранения Краснодарского края (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: в том числе - фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, национальность, адрес, семейное, социальное, имущественное положение, образование, профессия, состояние здоровья, контактные телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну, В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), обновление, изменение, использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями Краснодарского края и Краснодарским территориальным фондом ОМС и другие органы власти и организации осуществляющие контроль качества оказания мне медицинских услуг с использованием машинных носителей, бумажных носителей информации или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет не более двадцати пяти лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, за исключением, если иное не предусмотрено действующим законодательством РФ.

Настоящее согласие действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне, до этого медицинской помощи.

Данные об операторе персональных данных:

Наименование организации **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая больница №3» министерства здравоохранения Краснодарского края**

Адрес оператора **350007, г.Краснодар, ул.Захарова ,59**

Ответственный за обработку персональных данных **Чесебиева З. А.**

Настоящее согласие дано мной

Адрес

Паспортные данные **серия**

|  |
| --- |
|  |

УВЕДОМЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)

О ЕГО ПРАВАХ И ОБЯЗАННОСТЯХ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Уважаемый пациент!

В соответствии с нормами Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-Ф З «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее - Закон) Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая больница №3» министерства здравоохранения Краснодарского края (далее – ГБУЗ «Краевая больница №3»), в лице директора, подтверждает гарантию сохранения конфиденциальных сведений, составляющих врачебную тайну о

(фамилия, имя, отчество пациента)

и информирует о том, что при обращении за медицинской помощью и ее оказании в ГБУЗ «Краевая больница №3» пациент имеет право на: уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала; выбор врача, с учетом его согласия; обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям; облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными и разрешенными способами и средствами; информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии со статьей 20 Закона; отказ от медицинского вмешательства в соответствии со статьей 20 Закона; получение информации о состоянии своего здоровья в доступной форме от лечащего врача, заведующего отделением или другого специалиста, принимающего непосредственное участие в обследовании и лечении в соответствии со статьей 22 Закона; на отказ от получения указанной информации против своей воли; допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав, допуск к нему священнослужителя (в условиях стационара); сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, в соответствии со статьей 18 Закона; а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.

Пациент обязуется соблюдать правила внутреннего распорядка организации, лечебно-охранительный режим, а также в целях получения лучших результатов не скрывать и представить лечащему врачу достоверную и полную информацию о состоянии своего здоровья: об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных средств, о всех перенесенных ранее и имеющихся в настоящее время заболеваниях, принимаемых лекарственных препаратах, сообщать правдивые сведения о своей наследственности, о злоупотреблении алкоголем, наркотическими средствами, психотропными или токсическими веществами, об одновременном лечении у других специалистов и выполнении их рекомендаций.

В случае нарушения указанных прав, пациент может обращаться с жалобой непосредственно к директору ГБУЗ «Краевая больница №3», в соответствующие профессиональные медицинские организации, либо в суд.

Пациент подтверждает, что за причиненный им материальный ущерб любому виду имущества ГБУЗ «Краевая больница №3» (уничтожение, порча, повреждение и т.д.), им будет произведено возмещение причиненных убытков в виде расходов, которые ГБУЗ «Краевая больница №3» произвело или должно будет произвести на приобретение, восстановление или ремонт данного имущества.

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, своей подписью удостоверяю, что текст мною прочитан, с правилами внутреннего распорядка организации я ознакомлен, мне понятно содержание и назначение данного документа. Данной подписью я также даю согласие на присутствие студентов, клинических ординаторов, интернов ГБОУ ВПО КГМУ, врачей, проходящих повышение квалификации на факультет повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ГБОУ ВПО КГМУ, в операционных и перевязочных во время проведения мне хирургических операций и лечебных манипуляций, а также на их присутствие во время проведения консультативного приема. Получив полную информацию о своих правах и обязанностях, даю свое согласие на предоставление медицинским учреждением сведений о фактах моего обращения за медицинской помощью, о состоянии моего здоровья, диагнозе, в том числе через справочный стол.

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

Подпись пациента (законного представителя) Расшифровка подписи

Паспорт:

наименование и реквизиты документа, подтверждающего право

представлять интересы пациента

Если пациент, по каким-либо причинам, не может собственноручно подписать данный документ, настоящий документ заверяется двумя подписями сотрудников организации:

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

Подпись Расшифровка подписи

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

Договор №

на оказание платных медицинских услуг Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая больница №3» министерства здравоохранения Краснодарского края

|  |  |
| --- | --- |
| г. Краснодар | 2018 г. |

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая больница №3» министерства здравоохранения Краснодарского края, (лицензия на осуществление медицинской деятельности серии ЛО23-01 № ЛО-23-01-012916 от 16.11.2018), именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице Кассир Андреевой Анны Леонидовны, действующего на основании Доверенности от 01.08.2018 г. №447, с одной стороны, и гражданин(ка) или его законный представитель

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(фамилия, имя, отчество)

именуемый в дальнейшем "Заказчик", действующий в интересах представляемого

**,** в дальнейшем именуемый «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется оказать следующие платные медицинские услуги:

- услуги по проведению: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** согласно утвержденных тарифов;

- услуги по предоставлению и его продолжительность

- услуги по проведению **койко/день в стационаре (профиль оториноларингология)** продолжительность **0** койко/день послеоперационного лечения по поводу , а также назначение и применение лекарственных препаратов, в том числе включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов; медицинских изделий; лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, по медицинским показаниям в соответствии со стандартами медицинской помощи; назначение и применение по медицинским показаниям лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, - в случаях их замены из-за индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям; размещение в общих палатах от 3 до 7 мест.

Предоставление лечебного питания в день госпитализации в предмет договора не входит.

1.2. Перечень и стоимость услуг, предоставляемых Заказчику, утверждены Региональной энергетической комиссией-Департамента цен и тарифов Краснодарского края (Приказ № 22/2017-м от 08.11.2017г.; Приказ № 8/2018-М от 28.03.2018г.) и указаны в прейскуранте Исполнителя, действующем на дату составления настоящего договора.

1.3. При исполнении настоящего договора стороны руководствуются Федеральным законом от 21.11.2011 № 323- ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. №1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», и иными нормативными актами Российской Федерации и Краснодарского края, регулирующими предоставление гражданам платных медицинских услуг.

2. Условия и порядок оказания услуг

2.1. Услуги Заказчику оказываются в соответствии с режимом работы Исполнителя, который доводится до сведения Заказчика при заключении договора.

Госпитализация Заказчика (или Пациента) производится в соответствии с Правилами предоставления медицинских услуг, размещенными на информационном стенде Исполнителя, с которыми Заказчик знакомится до заключения договора.

2.2. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг, не предусмотренных пунктом 1.1. настоящего договора, они оформляются дополнительным соглашением к настоящему договору и оплачиваются Заказчиком согласно прейскуранту.

2.3. Исполнитель осуществляет услуги по проведению **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** согласно утвержденному тарифу, услуги по предоставлению анестезиологического пособия, услуги по проведению послеоперационного лечения Заказчику, а именно: проведение необходимых медицинских манипуляций, снятие швов, предоставление койко-места в стационаре Исполнителя, лечебное питание, лекарственные средства, шовный и расходный материал, услуги медицинского персонала и др.

Список манипуляций послеоперационного ухода: снятие швов, обработка раневых (послеоперационных) поверхностей, смена наружных асептических повязок, промывание наружного слухового прохода и трепанационной полости после вмешательств на среднем ухе, послеоперационный уход за полостью носа, удаление сплинтов из полости носа, анемизация полости носа, промывание околоносовых пазух через сформированные соустья после вмешательства в области носа.

2.4. В случае необходимости привлечения третьих лиц для оказания медицинских услуг Заказчику, Исполнитель обязан привлекать третьих лиц, обладающих необходимыми разрешениями на оказание соответствующих медицинских услуг, а также обладающих необходимыми знаниями и квалификацией.

При привлечении третьих лиц для оказания медицинских услуг Заказчику, Исполнитель обязан довести до сведения Заказчика всю необходимую информацию о третьем лице, а также информацию о времени и месте оказания Заказчику данных медицинских услуг.

3.Порядок расчетов

3.1 Стоимость оказываемых Заказчику услуг согласно прейскуранту составляет **0,00** (**ноль рублей 00 копеек**), в том числе:

- стоимость услуги по проведению **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-**утвержденных тарифов составляет **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_---**

- стоимость услуги по предоставлению и его продолжительность составляет (**Ноль рублей 00 копеек**);

- стоимость услуги по проведению **койко/день в стационаре (профиль оториноларингология)** продолжительностью **0** к/д составляет (**Ноль рублей 00 копеек**).

3.2. Оплата Заказчиком производится наличным платежом в кассу или по безналичному расчету на счет Исполнителя до предоставления медицинской услуги (предоплата).

3.3. При оплате наличным платежом в кассу Исполнитель обязан выдать Заказчику документы, подтверждающие прием наличных денег (квитанцию формы №10 по ОКУД).

4. Права и обязанности сторон

4.1. Исполнитель обязан:

4.1.1. своевременно и качественно оказать Заказчику медицинские услуги в установленный договором срок;

4.1.2. предоставить Заказчику доступную для его понимания достоверную информацию о предоставляемых услугах до подписания договора;

4.1.3. при оказании медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке;

4.1.4. обеспечить Заказчика в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о лицензии на медицинскую деятельность, о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг, их стоимости, условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов;

4.1.5. обеспечить выполнение принятых на себя обязательств по оказанию медицинских услуг силами собственных специалистов или сотрудников медицинских учреждений, имеющих с Исполнителем договорные отношения;

4.1.6. вести установленную законодательством медицинскую документацию, а также учет видов, объемов и стоимости оказываемых Заказчику услуг;

4.1.7. обеспечить Заказчику непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по письменному требованию Заказчика или его представителя копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья Заказчика;

4.1.8. хранить в тайне информацию, содержащуюся в медицинской документации Заказчика, и предоставлять ее без согласия Заказчика в установленных законом случаях, а также лицам, указанным Заказчиком в пункте 5.8. настоящего договора.

4.1.9. незамедлительно информировать в письменной форме Заказчика об обнаруженной невозможности получить ожидаемые результаты или о нецелесообразности продолжения работы.

4.2. Исполнитель имеет право:

4.2.1. требовать от Заказчика предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему медицинских услуг;

4.2.2. привлекать для оказания Заказчику медицинских услуг третьих лиц;

4.2.3. в случае возникновения потенциальной угрозы жизни и здоровью Заказчика, а также в иных неотложных ситуациях, действуя в условиях крайней необходимости, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления а, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной договором;

4.2.4. в случае невозможности оказания услуги отказаться от исполнения обязательств по договору при условии возврата Заказчику стоимости оплаченной услуги.

4.2.5. требовать от Заказчика полной оплаты оказанных услуг;

4.2.6. В соответствии с Приказом Минздравсоцразвития РФ от 15.01.2007 № 30 и в рамках договора о совместной работе, заключенного между Исполнителем и ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития России» (далее - ВУЗ), Исполнитель имеет право допускать к проведению необходимых (перечисленных далее) медицинских манипуляций послеоперационного ухода врачей-интернов и врачей-ординаторов при соблюдении ими правил медицинской этики.

4.3. Заказчик обязан:

4.3.1. своевременно оплатить стоимость услуги;

4.3.2. сообщить Исполнителю сведения, необходимые для качественного исполнения услуги (реакция на медикаменты, перенесенные заболевания и пр.);

4.3.3. соблюдать в полном объеме правила и условия получения медицинской услуги, установленные Заказчиком, неукоснительно соблюдать рекомендации врачей (рекомендованное медикаментозное лечение, соблюдение режима, предоперационное обследование в необходимом для Исполнителя объеме);

4.3.4. подготовиться к медицинской услуге в соответствии с рекомендациями врача. В необходимых случаях предоставить результаты исследований;

4.3.5 своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Заказчиком условий договора, а также о необходимости изменения назначенного Заказчику времени получения медицинской услуги.

4.4. Заказчик имеет право:

4.4.1. получать от Исполнителя полную, доступную для понимания, своевременную информацию о получаемой медицинской услуге;

4.4.2. отказаться от получения услуги на любом этапе и получить оплаченную сумму, с возмещением Исполнителю фактически понесенных затрат.

5. Информация о предоставляемой услуге

5.1. "Исполнитель" имеет лицензию на медицинскую деятельность серии ЛО23-01 № ЛО-23-01-012916 от 16.11.2018 (выданная Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения 350059, г. Краснодар, ул. Васнецова д. 39, Приёмная: +7(861)2011390; факс: +7 (861) 2011391, e-mail: info@reg23.roszdravnadzor.ru).

5.2. "Заказчик" уведомлен о том, что данный вид медицинской услуги входит в программу обязательного медицинского страхования и финансируется из средств обязательного медицинского страхования.

5.3. Перед оказанием медицинской услуги врач обследует Заказчика и устанавливает отсутствие противопоказаний.

5.4. Началом предоставления медицинской услуги считается - день госпитализации;

5.5. Продолжительность услуги: **0**.

5.6. Лечение производит врач (врачи):

Указать ФИО врача, сведения о сертификатах, квалификационной категории, ученой степени

5.7. Заказчик дает согласие на сообщение в стол информации Исполнителя о пребывании в стационаре (отказывается от сообщения информации).

5.8. Заказчик дает разрешение на предоставление информации о состоянии своего здоровья, результатах обследования и лечения следующим лицам:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

5.9. Заказчик дает согласие на получение информации о своем здоровье лично (отказывается от получения информации). При отказе - эти сведения сообщить: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

5.10. Заказчику по его требованию выдается листок нетрудоспособности в случаях, предусмотренных действующими нормативными актами.

5.11. Заказчик информирован:

5.11.1. о возможных (но не обязательных) осложнениях медицинской услуги, которые могут причинить вред здоровью:

нагноение в области хирургического вмешательства, формирование гипертрофированного рубца в месте разрезов, возникновение индивидуальных неблагоприятных реакций на вводимые препараты как со стороны местных тканей (длительный отек или некроз), так и со стороны сердечно – сосудистой системы (аритмия, нарушение водно-солевого баланса с необходимостью инфузионной терапии).

В случае проведения аттикоантротомии -возможны следующие осложнения: лабиринтит, отоликворея, менингит, парез лицевого нерва, обострение хронического среднего отита, дефект (перфорация) барабанной перепонки, нарушение вкусовой чувствительности и сухость в полости рта, травматическое повреждение слуховых косточек, смещение используемого протеза, некротическое поражение анатомических структур среднего уха, кровотечение, длительное головокружение и шум в ухе.

После проведения аденотомии возможно послеоперационное кровотечение, требующее проведения задней тампонады. После проведения операции на лор органах возможны кровотечения из полости носа и глотки, гнойно-септические воспаления, гипертермия, обострение хронических заболеваний. требующие, в том числе, и проведение реанимационных мероприятий. Крайне редко указанные осложнения могут быть неустранимы. Если же устранение осложнений возможно - Исполнитель предпринимает действия, направленные на устранение их последствий без дополнительной оплаты

5.11.2. о несовершенстве медицинской науки и практики, и невозможности в связи с этим гарантировать на 100% ожидаемые результаты лечения.

5.11.3. об особенностях предстоящей операции: методах анестезии, длительности послеоперационного лечения, особенностях послеоперационного лечения, сроках восстановления функции.

При таких заболеваниях как гнойный и средний отит – достижение морфологического результата достигается в 95% случаях, функционального результата – только в 75% случаях. При отсутствии улучшения слуха, а также при неполном восстановлении целостности барабанной перепонки претензий к Исполнителю, в том числе финансовых, Заказчик предъявлять не будет.

Ниже поставленной подписью заказчик подтверждает, что с ним обсуждено и достигнуто взаимопонимание по вопросам возможного улучшения слуха (в случае проведения аттикоантротомии) и другим вопросам, связанных с предстоящим лечением.

5.11.4. об осложнениях общей анестезии, связанных с индивидуальной (иногда не предсказуемой) реакцией организма на вводимые препараты, которая может приводить к самым неблагоприятным осложнениям, в том числе угрожающим жизни.

5.11.5. о квалификации врача, которому доверено выполнение хирургического вмешательства. Заказчик понимает, что квалификация врача позволяет ему выполнить все этапы операции в соответствии с существующими стандартами, нормами и правилами, и что неудовлетворительный результат операции (к сожалению, такое возможно!) связан не с ненадлежащим выполнением услуги, а с невозможностью в ряде случаев предсказать ход послеоперационного течения раневого процесса. В указанных выше случаях претензий к Исполнителю, в том числе финансовых, Заказчик предъявлять не будет.

С пунктом 5.11 настоящего договора ознакомлен\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

подпись, расшифровка подписи

5.12. В случае оказания услуги, связанной с медицинским вмешательством, Исполнитель обязан до начала оказания услуги получить информированное добровольное согласие Заказчика.

5.13. Заказчик разрешает использовать Исполнителю всю информацию о состоянии своего здоровья из других лечебных учреждений в целях повышения качества предоставляемой услуги.

5.14. Заказчик разрешает Исполнителю использовать свои фотографии без упоминания фамилии и адреса жительства для решения научно-практических задач здравоохранения.

5.15. Заказчик оставляет за своим лечащим врачом (хирургом) право выбора ассистента для проведения операционного вмешательства и после операционного лечения.

5.16. Заказчик разрешает осмотр и участие в проведении лечения студентам медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

5.17. Исполнитель гарантирует исполнение всех стандартов медицинской помощи при оказании медицинской услуги, указанной в пункте 1.1 настоящего договора. В то же время их полное исполнение в исключительных случаях (индивидуальная реакция на хирургическое вмешательство и послеоперационный период, невыполнение Заказчиком необходимых предписаний и др.) не приводит к желаемому результату. В подобных случаях отсутствие желаемого результата не связано с ненадлежащим выполнением услуги и исполнитель за такой результат ответственности не несет.

С пунктами 5.1 – 5.17 раздела 5 настоящего договора Заказчик ознакомлен\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

подпись, расшифровка подписи.

6. Ответственность сторон

6.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения Исполнителем условий договора Заказчик вправе по своему выбору потребовать:

6.1.1. назначения нового срока оказания услуги;

6.1.2. уменьшения стоимости предоставленной услуги;

6.1.3. исполнения услуги другим специалистом;

6.1.4. расторгнуть договор.

6.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

6.3. Заказчик возмещает Исполнителю фактические убытки, если Исполнитель не смог оказать услугу или был вынужден прекратить ее оказание по вине Заказчика.

6.4. В случае причинения вреда имуществу Исполнителя, Заказчик возмещает его в полном объеме в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.5. Исполнитель несет ответственность за осложнения, наступившие в результате проведенного оперативного вмешательства в случае, если будет доказано, что оперативное вмешательство было выполнено ненадлежащим образом (с нарушением существующих норм и правил).

6.6. После проведенного хирургического вмешательства пациент, как и любой, в том числе и здоровый человек, может вновь заболеть, получить травму и т.п. Помимо этого функция органов, в частности внешность (форма носа, лица, слух и т.п.), с возрастом претерпевают отрицательные изменения. С учетом сказанного, претензии заказчика к Исполнителю через год и более после проведенного лечения не принимаются.

6.7. Исполнитель несет ответственность за осложнения, наступившие в результате проведения услуги по долечиванию после оперативного вмешательства.

7. Срок действия договора, порядок его расторжения

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

7.2. Условия договора могут быть изменены по соглашению сторон путем оформления в письменной форме дополнений, являющихся неотъемлемой частью договора.

7.3. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

8. Прочие условия

8.1. Споры и разногласия, возникающие в процессе исполнения данного договора, разрешаются путем переговоров, а в случае не достижения согласия - в судебном порядке.

8.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой стороны.

Реквизиты и подписи сторон

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель:Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая больница №3» министерства здравоохранения Краснодарского края350007, г.Краснодар, ул.Захарова ,59ОГРН 1032304930525 от 24.01.2003г. Орган, зар. ЮЛ.: Регистрационная палата администрации г.Краснодара,дата регистрации 23.05.1996г.ИНН 2309047657;КПП 230901001;л/с 828511880;р/с 40601810900003000001 в ЮЖНОЕ ГУ БАНКА РОССИИ;БИК 040349001;Тел./факс: 268-79-47 (ординаторская)Кассир \_\_\_\_ Андреева А. Л. | Заказчик:ФИО Паспорт: Адрес: Тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  |

**СОГЛАСИЕ**

**пациента на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавшийся(-аяся)

(Ф.И.О. полностью)

В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27. 07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая больница №3» министерства здравоохранения Краснодарского края (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: в том числе - фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, национальность, адрес, семейное, социальное, имущественное положение, образование, профессия, состояние здоровья, контактные телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского а и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну, В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), обновление, изменение, использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями Краснодарского края и Краснодарским территориальным фондом ОМС и другие органы власти и организации осуществляющие контроль качества оказания мне медицинских услуг с использованием машинных носителей, бумажных носителей информации или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет не более двадцати пяти лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, за исключением, если иное не предусмотрено действующим законодательством РФ.

Настоящее согласие действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Данные об операторе персональных данных:

Наименование организации **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая больница №3» министерства здравоохранения Краснодарского края**

Адрес оператора **350007, г.Краснодар, ул.Захарова ,59**

Ответственный за обработку персональных данных **Андреева А. Л.**

Настоящее согласие дано мной

Адрес

Паспортные данные

|  |  |
| --- | --- |
| 2018 г. |  |

УВЕДОМЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)

О ЕГО ПРАВАХ И ОБЯЗАННОСТЯХ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Уважаемый пациент!

В соответствии с нормами Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-Ф З «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее - Закон) Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая больница №3» министерства здравоохранения Краснодарского края (далее – ГБУЗ «Краевая больница №3»), в лице директора, подтверждает гарантию сохранения конфиденциальных сведений, составляющих врачебную тайну о

(фамилия, имя, отчество пациента)

и информирует о том, что при обращении за медицинской помощью и ее оказании в ГБУЗ «Краевая больница №3» пациент имеет право на: уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала; выбор врача, с учетом его согласия; обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям; облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными и разрешенными способами и средствами; информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии со статьей 20 Закона; отказ от медицинского вмешательства в соответствии со статьей 20 Закона; получение информации о состоянии своего здоровья в доступной форме от лечащего врача, заведующего отделением или другого специалиста, принимающего непосредственное участие в обследовании и лечении в соответствии со статьей 22 Закона; на отказ от получения указанной информации против своей воли; допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав, допуск к нему священнослужителя (в условиях стационара); сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, е и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, в соответствии со статьей 18 Закона; а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.

Пациент обязуется соблюдать правила внутреннего распорядка организации, лечебно-охранительный режим, а также в целях получения лучших результатов не скрывать и представить лечащему врачу достоверную и полную информацию о состоянии своего здоровья: об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных средств, о всех перенесенных ранее и имеющихся в настоящее время заболеваниях, принимаемых лекарственных препаратах, сообщать правдивые сведения о своей наследственности, о злоупотреблении алкоголем, наркотическими средствами, психотропными или токсическими веществами, об одновременном лечении у других специалистов и выполнении их рекомендаций.

В случае нарушения указанных прав, пациент может обращаться с жалобой непосредственно к директору ГБУЗ «Краевая больница №3», в соответствующие профессиональные медицинские организации, либо в суд.

Пациент подтверждает, что за причиненный им материальный ущерб любому виду имущества ГБУЗ «Краевая больница №3» (уничтожение, порча, повреждение и т.д.), им будет произведено возмещение причиненных убытков в виде расходов, которые ГБУЗ «Краевая больница №3» произвело или должно будет произвести на приобретение, восстановление или ремонт данного имущества.

Я,

, своей подписью удостоверяю, что текст мною прочитан, с правилами внутреннего распорядка организации я ознакомлен, мне понятно содержание и назначение данного документа. Данной подписью я также даю согласие на присутствие студентов, клинических ординаторов, интернов ГБОУ ВПО КГМУ, врачей, проходящих повышение квалификации на факультет повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ГБОУ ВПО КГМУ, в операционных и перевязочных во время проведения мне хирургических операций и лечебных манипуляций, а также на их присутствие во время проведения консультативного приема. Получив полную информацию о своих правах и обязанностях, даю свое согласие на предоставление медицинским учреждением сведений о фактах моего обращения за медицинской помощью, о состоянии моего здоровья, е, в том числе через справочный стол.

*2018 г.* /\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись пациента (законного представителя) Расшифровка подписи

Паспорт:

наименование и реквизиты документа, подтверждающего право

представлять интересы пациента

Если пациент, по каким-либо причинам, не может собственноручно подписать данный документ, настоящий документ заверяется двумя подписями сотрудников организации:

*2018 г.* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись Расшифровка подписи

*2018 г.* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись Расшифровка подписи