**ДОГОВОР №**

**на предоставление платных медицинских услуг**

город Бронницы

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «**Бронницкая городская больница»**, лицензия № ЛО-50-01-007647 от 12.05.2016 года, выданная Министерством здравоохранения Московской области, (далее - **Исполнитель, Больница или** **ГБУЗ МО «БГБ»**), в лице главного врача Козяйкина Владимира Владимировича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин (ка): **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**  именуемый(ая) в дальнейшем **«Заказчик», «Пациент» или «Потребитель»,** с другой стороны, при совместном упоминании «Стороны»,заключили настоящее Договор (далее – Договор) о нижеследующем:

* + 1. **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту на возмездной основе программу родовспоможения **«Физиологические роды или кесарево сечение» (без персонального выбора врача)** в родильном отделении в объеме и в сроки согласно Смете предоставления платных медицинских услуг (приложение № 1), являющейся неотъемлемой частью данного Договора.
   1. Объем оказываемых по настоящему Договору услуг определяется Программой родовспоможения в родильном отделении ГБУЗ МО «БГБ» (приложение № 4 к договору), общим состоянием здоровья Пациента, индивидуальными особенностями организма Пациента, медицинскими показаниями (противопоказаниями) по лечению выявленных заболеваний (патологий), желанием Пациента и организационно-техническими возможностями Больницы.
2. Качество медицинских услуг должно соответствовать условиям Договора, а при отсутствии в Договоре условий об их качестве – требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.

1.4. В период действия Договора Исполнитель предоставит медицинские услуги только при наличии подписанного Пациентом информированного добровольного согласия (приложение № 2 к Договору) и в соответствии с перечнем платных услуг и прейскурантом цен на платные медицинские услуги.

1.5. Факт заключения данного Договора не является основанием предоставления Пациенту платных медицинских услуг в первоочередном порядке.

* + 1. **СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**
  1. Стоимость медицинских услуг определяется на основании действующего Прейскуранта, утвержденного Главным врачом Больницы.

1. В момент подписания настоящего Договора Пациент ознакомлен с действующим Прейскурантом и Программой родовспоможения родильного отделения, понимает содержащуюся в нем информацию и согласен с

ценами на медицинские услуги (подпись): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ **/**.

* 1. Оплата за медицинские услуги по настоящему Договору осуществляется Заказчиком в 2 этапа:

- 1 этап - до момента начала оказания услуги (услуг) в размере 50% стоимости медицинских услуг, указанных в Смете предоставления платных медицинских услуг (приложение № 1 к Договору).

- 2 этап – в день выписки пациента в размере 50% стоимости медицинских услуг, указанных в Смете предоставления платных медицинских услуг (приложение № 1 к Договору).

* 1. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных Договором, Исполнитель предупреждает об этом Пациента. При согласии Пациента на получение дополнительных медицинских услуг, необходимые услуги оформляются и оплачиваются по дополнительному соглашению к данному Договору.

1. Перечень и стоимость лекарственных средств, медикаментов, изделий и материалов медицинского назначения, не входящих в стоимость услуги по Прейскуранту, отражаются в соответствующей медицинской и финансовой документации по факту их использования при оказании медицинской помощи Пациенту в соответствии с диагнозом и индивидуальными медицинскими показаниями, лишь после получения согласия от Пациента на их использование, и предварительной им оплаты.
   * 1. Если в процессе обследования и лечения выяснится, что общая стоимость медицинских услуг превысит размер внесенной Пациентом предварительной оплаты, то Пациент производит дополнительные согласованные авансовые платежи в размере, превышающем стоимость обследования и лечения над суммой произведенной предварительной оплаты в порядке согласно п. 2.3. настоящего Договора.
     2. В день выписки Пациента Исполнитель определяет общую стоимость оказанной медицинской помощи и согласовывает её с Пациентом путем подписания акта оказанных услуг, который содержит полный перечень оказанных услуг и их стоимость.
2. Окончательный расчет за оказание медицинских услуг производится в день выписки Пациента из Больницы на основании представленного ему акта оказанных услуг в порядке согласно п. 2.3. настоящего Договора.
3. В случае если стоимость оказанных медицинских услуг окажется менее внесенной суммы, то Исполнитель обязуется вернуть разницу по письменному заявлению Пациента или его уполномоченного представителя. При неоказании медицинских услуг Пациенту по Договору, ему возвращаются денежные средства в 100% размере.

**3 ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

3.1. **Исполнитель обязуется:**

* + 1. По требованию Пациента и (или) Заказчика в доступной форме предоставить ему информацию, а также документы для ознакомления:
* сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности;
* перечень платных медицинских услуг с указанием цен в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты;
* порядок и условия предоставления медицинской помощи в соответствии с территориальной программой государственных гарантий;
* сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;
* режим работы медицинской организации, график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
* адреса и телефоны органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;
* о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
* о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
* о порядке и объеме лечебно-диагностических медицинских услуг;
* об изменении объемов лечебно-диагностических медицинских услуг в период стационарного лечения, обусловленного особенностями течения конкретного клинического случая;
* об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.
  + 1. Обеспечить Пациенту непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья. После получения стационарных платных медицинских услуг на основании письменного заявления Пациента, либо его законного представителя, выдать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки, из его медицинских документов.
    2. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных форм, порядку и срокам их представления.

3.2. **Исполнитель имеет право:**

* + 1. Отказать Пациенту в оказании медицинской помощи, в том числе, досрочно выписать Пациента, в случае, нарушения им условий п. п. 2.3., 3.3.1., 3.3.2., 3.3.3., 3.3.4., 3.3.5., 3.3.6. настоящего Договора.
  1. В одностороннем порядке изменить предварительно определенный объем оказываемых медицинских услуг, в случае, если существует угроза жизни или здоровью Пациента.

3.3. **Пациент обязуется:**

* 1. Оплатить предоставленную Исполнителем медицинскую услугу в сроки и в порядке, определенные данным Договором.
  2. До оказания медицинской помощи информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.
  3. Выполнять Правила внутреннего распорядка, требования и предписания медицинского персонала Больницы, как необходимые условия предоставления ему качественной медицинской помощи.
  4. Регулярно выполнять личные санитарно-гигиенические процедуры, направленные на поддержание своего здоровья и санитарно-эпидемиологического режима Больницы.
  5. Предоставить письменное согласие на обработку Исполнителем его персональных данных (приложение № 3 к Договору).
  6. Бережно относиться к имуществу Больницы.
  7. Надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора и своевременно информировать Исполнителя
* любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Пациентом настоящего Договора.

3.4. **Пациент имеет право на:**

1. Диагностику, лечение в медицинской организации в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.
2. Облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами.
3. Получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, выбор лиц, которым в интересах Пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.
4. Получение лечебного питания.
5. Защиту сведений, составляющих врачебную тайну.

3.4.6. Отказ от медицинского вмешательства.

* + 1. Возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи.
    2. Допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты своих прав.
    3. Допуск к нему священнослужителя и предоставление условий для отправления религиозных обрядов, если это не нарушает внутренний распорядок Больницы.
       1. **СРОК ДЕЙСТВИЯ И УСЛОВИЯ ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА**
  1. Настоящий Договор вступает в силу с момента начала фактического выполнения обязательств, принятых Сторонами по настоящему Договору (день госпитализации Пациента) и действует до полного их исполнения.

Дата и время (сроки) оказания медицинских услуг определяются, как правило, заблаговременно, в результате их согласования между Исполнителем и Пациентом (представителем), как при их личном визите в Больницу, по телефону, а также с использованием возможностей всемирной компьютерной сети Интернет.

* 1. Настоящий Договор может быть изменен, либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, либо в одностороннем порядке путем оформления Соглашения подписанного Исполнителем и Пациентом, в случаях:
* в случае невыполнения одной из Сторон обязательств по настоящему Договору;
* при наступлении обстоятельств, перечисленных в п. 5.8. настоящего Договора;
* отказа Пациента от получения медицинских услуг.
  + - 1. **ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**
    1. Исполнитель несет ответственность за оказанные Пациенту медицинские услуги, включая сохранение врачебной тайны о факте его обращения за медицинской помощью, о состоянии его здоровья и другие сведения в соответствии с требованиями Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ.
  1. Исполнитель не несёт ответственности за качество медикаментов и расходного медицинского материала, приобретённого Пациентом самостоятельно и использованного при лечении.
  2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Пациентом условий настоящего Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.
  3. В случае причинения Пациентом ущерба Больнице вследствие утраты или порчи имущества, вызванного действиями или бездействиями Пациента и/или лиц его посещающих, Пациент обязуется в течение трех календарных дней, но не позднее даты выписки из Больницы, возместить Больнице действительный нанесенный ущерб в полном объеме. За Пациентов, не достигших совершеннолетия, и/или недееспособных несут ответственность их законные представители (родители, опекуны).
  4. Пациент в случае нарушения сроков оплаты обязуется уплатить пеню в размере 0,1% за каждый день просрочки оплаты услуг.
  5. В случае досрочного расторжения Договора по инициативе Пациента, Пациент оплачивает Исполнителю фактически оказанные медицинские услуги, а также возмещает фактически понесенные Больницей убытки в соответствии с законодательством Российской Федерации.
  6. Все споры и разногласия, возникшие между Сторонами по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров между Сторонами, а в случае недостижения согласия – в суде (Арбитражном суде г. Москвы), в соответствии с их компетенцией и с учетом условий, предусмотренных настоящим Договором.
  7. Исполнитель освобождается от ответственности, в случаях осложнений и побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Пациента, а так же в случае, если Пациент не проинформировал Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

За частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств, вызванных действием непреодолимой силы, возникших после заключения Договора в результате событий чрезвычайного характера, которые соответствующая Сторона Договора не могла ни предвидеть, ни предотвратить разумными мерами (форс-мажор).

* таким событиям чрезвычайного характера относятся: наводнение, пожар, землетрясение, взрыв, шторм, оседание почвы, эпидемии и иные стихийные явления природы, техногенные происшествия, в том числе выход из строя медицинского оборудования, война военные действия, введение на соответствующей территории чрезвычайного или военного положения, изменение законодательства или иных нормативных актов, регулирующих необходимые

условия Договора, иные события непредсказуемого характера, предотвратить которые имеющимися в распоряжении Исполнителя силами и средствами не представлялось возможным.

* + 1. **КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**
  1. Больница 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).
  2. С согласия Пациента или его полномочного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Пациента.
  3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Пациента или его представителя допускается в целях обследования и лечения Пациента, не способного из-за своего состояния выразить свою волю
* в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.
  + - 1. **ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**
  1. Настоящий Договор составлен в 2 экземплярах, которые имеют одинаковую юридическую силу, по одному

экземпляру для каждой из сторон.

7.2. На основании п.2 ст.160 ГК РФ Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи Исполнителя и факсимиле подписи Исполнителя (воспроизведенное механическим способом с использованием клише или другим средством копирования).

**8. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Пациент** | **Исполнитель** | |
|  |  |  |
|  | Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Бронницкая городская больница»  Юридический/фактический адрес: 140170, Московская область, г.Бронницы, пер. Пионерский, д.45  ИНН 5002001224 КПП 500201001 | |
|  | ОГРН 1025005121305 | |
|  | ОКПО 18212079 | |
|  | ОКВЭД 86.10 | |
|  | МЭФ Московской области (л/с 20825219310 ГБУЗ МО «БГБ») |  |
|  | ГУ Банка России по ЦФО |  |
|  | БИК 044525000 | |
|  | р/с 40601810945253000001  тел. 8(496)4661804, 8(496)4665776  e-mail: vkv55@mail.ru | |
|  |  | |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/** | **Главный врач В.В.Козяйкин** | **м.п.** |

*Приложение № 1 к договору №*

**СМЕТА**

предоставления платных медицинских услуг Государственным бюджетным учреждением здравоохранения Московской области «Бронницкая городская больница»

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование услуги | **Цена услуги** | **Кол-во** | **Стоимость** |
| **(руб.)** | **услуг (ед.)** | **услуг (руб.)** |
| Программа родовспоможения «Физиологические роды или кесарево сечение» (без персонального выбора врача) |  |  |  |
|  | **30 000,00** | **1** | **30 000,00** |
|  |  |  |  |

Итого на сумму:***30 000,00*** (***Тридцать тысяч руб. 00*** ***коп.***) руб., НДС не облагается.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Пациент** | **Исполнитель** | |
|  |  |  |
|  | Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Бронницкая городская больница»  Юридический/фактический адрес: 140170, Московская область, г.Бронницы, пер. Пионерский, д.45  ИНН 5002001224 КПП 500201001 | |
|  | ОГРН 1025005121305 | |
|  | ОКПО 18212079 | |
|  | ОКВЭД 86.10 | |
|  | МЭФ Московской области (л/с 20825219310 ГБУЗ МО «БГБ») |  |
|  | ГУ Банка России по ЦФО |  |
|  | БИК 044525000 | |
|  | р/с 40601810945253000001  тел. 8(496)4661804, 8(496)4665776  e-mail: vkv55@mail.ru | |
|  |  | |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/** | **Главный врач В.В.Козяйкин** | **м.п.** |

*Приложение № 2 к договору №\_\_\_\_\_\_\_*

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА на предоставление медицинских услуг на платной основе**

Главному врачу ГБУЗ МО «БГБ» Козяйкину В.В.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| На основании ст. | 20, ст.79 Федерального закона «Об основах охраны | здоровья граждан |
| в Российской Федерации», | от 21.11.2011 № 323-ФЗ и в соответствии с требованиями | «Правил |

предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г. № 1006, в рамках Договора № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, желаю получить платные медицинские услуги в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Московской области «Бронницкая городская больница» (далее – Больница), по адресу: Московская область, г.Бронницы, переулок Пионерский, дом 45, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников Больницы полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг согласно Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам 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 одновременно несколько видов медицинских услуг.
3. Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат, 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 вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех  
   необходимых требований, Больница не несет ответственности за их возникновение.
5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей Больницы. Несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.
6. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги именно в данной Больнице.
7. Я проинформирован(а), что платные медицинские услуги не гарантируют внеочередного получения услуги.
8. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Пациент:

Дата:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Пациент, расшифровка/

Настоящее соглашение подписано Пациентом после проведения разъяснительной беседы и является приложением к Договору об оказании платных медицинских услуг.

Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /В.В.Козяйкин/

*Приложение № 3 к договору №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Согласие на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в рамках Договора № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 года N152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в ГБУЗ МО «БГБ» (далее - Исполнитель) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактные телефоны, 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 Исполнителем мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Исполнителя, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Исполнителю право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Исполнитель 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 (договорам ДМС, на оказание ПМУ).

Исполнитель имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договорам ДМС, на оказание ПМУ) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей 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 и составляет двадцать пять лет (для стационара) и пять лет (для поликлиники).

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной с момента подписания данного Договора и действует бессрочно.

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

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

**Телефон домашний: 8 Телефон мобильный: 8( )**

**Электронная почта: □□□□□□□□□□□□□□@□□□□□□□□□□□**

Адрес:

Дата:

Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / /

*Приложение № 4 к договору №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Программа родовспоможения «Физиологические роды или кесарево сечение»**

**(без персонального выбора врача и акушерки)**

1. Родоразрешение в родильном отделении.
2. Использование современной наркозно-дыхательной аппаратуры для искусственной вентиляции легких и фракционного обезболивания в родовых залах, операционных.
3. Обезболивание при родоразрешении с учетом медицинских показаний и желания роженицы.
4. Гистологическое исследование плаценты для ранней диагностики патологических состояний матери и новорожденного.
5. Пребывание родильницы от 4 до 6 койко-дней в одноместной палате со всеми удобствами совместно или раздельно с новорожденным.
6. Ежедневное кварцевание палат, влажная уборка и смена белья (полотенца, пеленки).
7. Возможность немедленного оказания высококвалифицированной медицинской помощи в отделениях больницы.
8. Физиотерапевтические процедуры в послеродовом периоде по медицинским показаниям.
9. Послеродовое наблюдение в течении 42-х дней со дня родов, включающее в себя УЗИ и осмотр врача-акушера-гинеколога.

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/В.В.Козяйкин/