

7. ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА/ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

Я _____ (фамилия, имя, отчество – полностью) _____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, паспорт: _____, выдан: _____, являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

даю информированное согласие на получение медицинских услуг, указанных в пункте 1.1. настоящего договора.

Я, в доступной мне форме получив полную информацию о возможности и условиях получения бесплатной медицинской помощи в рамках «Программы государственных гарантий», даю добровольное согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.

- Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать;

- Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому) осмотра, опроса, неинвазивных и инвазивных исследований на приеме врача, диагностических инвазивных и неинвазивных исследований, инвазивных и неинвазивных лечебных мероприятий, в том числе оперативного вмешательства с проведением обезболивания;

- Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;

- Я извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

- Я предупрежден (предупреждена) до заключения договора о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя /медицинского работника, предоставляющего медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента;

- Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

- Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям: _____

Содержание данного пункта Договора мною прочитано, мне понятно, что я и подтверждаю своей подписью

Пациент: _____ / _____ /
(или законный представитель Пациента) (полностью Ф.И.О.)

Заказчик: _____ / _____ /
(полностью Ф.И.О.)

8. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА НЕПРЕОДОЛИМОЙ СИЛЫ (форс-мажор).

8.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если такое неисполнение явилось следствием возникновения форс-мажорных обстоятельств, обстоятельств непреодолимой силы, возникшей после заключения настоящего Договора.

8.2. В случае наступления обстоятельств непреодолимой силы Сторона, которая в результате наступления указанных обстоятельств не в состоянии исполнить обязательства, взятые на себя по настоящему Договору, должна уведомить устно, по телефонной связи и письменно в трехдневный срок об этих обстоятельствах другую Сторону, приложив к указанному уведомлению копии документов, подтверждающих наличие данных обстоятельств.

9. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

9.1. Изменения и расторжение Договора возможно в соответствии с действующим Законодательством.

9.2. Любые изменения и дополнения к настоящему договору действительны лишь при условии, что они совершены в письменной форме и подписаны лицами, указанными в пункте 10 настоящего договора или уполномоченными на то представителями сторон.

9.3. Настоящий договор составляется в 3 экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Заказчика, третий - у Пациента. В случае если договор заключается Пациентом и Исполнителем, он составляется в 2 экземплярах.

10. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН:

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

государственное бюджетное учреждение здравоохранения Владимирской области

«ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»

600023, г. Владимир, Судогодское шоссе, д.41

Телефоны регистратуры: (4922) 32-95-49, 32-98-05

Электронный адрес: rmu@vokb3.elcom.ru

ОКПО 32938222, ОГРН 1023303357340

ИНН/КПП 3302008570/330201001

Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ о юридическом лице, зарегистрированном до 01.12.2012, выдано межрайонной инспекцией Министерства РФ по налогам и сборам №10 по Владимирской области

ЗАКАЗЧИК:

Ф.И.О. _____

Паспорт: серия _____ № _____

Выдан _____

Дата выдачи _____

Код подразделения _____

Зарегистрирован _____

Телефон: _____

11. ПОДПИСИ СТОРОН:

От Исполнителя:

Заказчик:

Кассир _____
(доверенность) _____

Приложение к договору № _____ от _____

Перечень услуг, включённых в стоимость круглосуточного пребывания
в _____ отделении

1. Круглосуточное общее врачебное наблюдение, ежедневный осмотр лечащего врача с коррекцией необходимого лечения.
2. Осмотр заведующего отделением по медицинским показаниям.
3. Круглосуточное общее наблюдение среднего медицинского персонала, выполнение врачебных назначений.
4. Медицинские услуги младшего медицинского персонала.
5. Использование жесткого и мягкого инвентаря, специальных помещений, помещений общего пользования по потребности.
6. Медикаментозное лечение в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи.
7. Лечебное питание в соответствии с медицинскими показаниями и действующими нормативами питания.
8. Иные услуги, необходимые при оказании медицинской помощи.

В стоимость пребывания не включено:

- оперативное вмешательство;
- анестезиологическое пособие;
- консультации специалистов иного профиля;
- диагностические исследования.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Владимирской области

«ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»

Акт выполненных работ
к договору на оказание платных медицинских услуг № _____ от _____

Ф.И.О. Пациента: _____

Наименование медицинской услуги	Кем направлен (Ф.И.О. врача)	Дата оказания услуги	Цена услуги	Кол-во услуг	Сумма	Ф.И.О. Ответственного исполнителя	Подпись ответственного исполнителя

Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имею.

Получение результатов диагностических услуг: лично пациенту, по почте, доверенному лицу (_____), по телефону (_____), по e-mail (_____)

Пациент: _____ / _____

(или законный представитель Пациента): _____ (полностью ФИО)

Заказчик _____ / _____

(полностью ФИО)