

Договор составлен в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023г. № 736 и Законом об охране здоровья граждан № 323-ФЗ.

До заключения договора Исполнитель уведомляет Потребителя (Заказчика) о том, что в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", обязан соблюдать режим лечения и правила поведения пациента в медицинской организации. Несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (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 здоровья Потребителя (Заказчика). До заключения договора Потребитель (Заказчик) ознакомлен с прейскурантом цен, порядком оказания платных медицинских услуг, расположенных на сайте ГБУЗ «КДБ №2», информационном стенде в регистратуре клиники.

Потребитель (Заказчик) проинформирован, что ГБУЗ «КДБ №2» участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

(подпись)

(расшифровка подписи)

«___» _____ 202__ г

Договор об оказании платных медицинских услуг

г. Тверь

«___» _____ 202__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тверской области «Клиническая детская больница № 2 » (ГБУЗ «КДБ № 2»), в лице главного врача Гнатенко Эдуард Павлович, действующего на основании Устава, лицензия ЛО41-01186-69/00370646 от 16.12.2020 г., выданная Министерством здравоохранения Тверской области, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны и _____ законный представитель Пациента(Потребителя), _____

_____ года рождения, именуемый(ая) в дальнейшем Заказчик, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА

1.1. Сведения об Исполнителе.

1.1.1. Наименование организации: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тверской области «Клиническая детская больница №2»

1.1.2. Адрес местонахождения: Тверская область, 170023, г.Тверь, ул.Ржевская, д.4.

1.1.3. Адрес(а) мест(а) оказания медицинских услуг: г.Тверь, ул. Ржевская, д.4, ул.М.Буденного, д.3, пр-т Ленина, д.36/38, ул. М.Конева, д.71, ул. С.Перовской, д.7, ул. Семенова, д.38, ул. И. Касьянова, д.9.

1.1.4. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ, с указанием органа, осуществляющего госрегистрацию: ОГРН 1026900551842, дата регистрации – 19.11.2002г., данные о регистрирующем органе – Межрайонная инспекция Министерства Российской Федерации по налогам и сборам №1 по Тверской области, ИНН 6904008639.

1.1.5. Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации, наименование, адрес местонахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа: лицензия от 16.12.2020 г. № ЛО41-01186-69/00370646 выдана Министерством здравоохранения Тверской области, находящимся по адресу: 170100, г.Тверь, площадь Святого Благоверного Князя Михаила Тверского, д. 533. Телефон: (4822) 32-04-82. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, содержится в соответствующей лицензии Исполнителя, находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на официальном сайте Исполнителя.

1.2. Сведения о Заказчике.

(ф.и.о. Заказчика, законного представителя)

Паспорт серия _____ № _____ Выдан «___» _____ года, _____

зарегистрирован _____

Телефон: +7 (9 _____) _____ - _____ - _____ e-mail: _____

Ознакомлен:

Подпись Заказчика (Потребителя)

именуемый(ая) в дальнейшем "Заказчик", с другой стороны, заключили настоящий договор в пользу

1.3. Сведения о Потребителе.

_____ (ф.и.о. Потребителя)

_____ серия _____ № _____ Выдан « _____ » _____ года, _____

_____ зарегистрирован _____

Телефон: +7 (9 _____) _____ - _____ - _____ e-mail: _____

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. Исполнитель обязуется в течение срока действия настоящего Договора оказывать медицинские услуги, а Заказчик обязуется оплатить указанные услуги (далее также – «услуги» или «медицинские услуги») согласно «Прейскуранту медицинских услуг», действующему на момент оказания услуг.

2.2. Заказчику разъясняются действующие Условия предоставления платных услуг и действующий Прейскурант, и Заказчик подписывает Информированное согласие на их получение.

2.3. «Прейскурант медицинских услуг» является официально утвержденным документом Исполнителя и предусматривает конкретный перечень медицинских услуг, их стоимость и находится на информационных стендах (стойках) Исполнителя в месте, доступном для ознакомления с ним Заказчика.

2.4. Медицинские услуги оказываются по месту нахождения Исполнителя:

2.5. Срок оказания «Услуги» _____

2.6. Перечень и стоимость оказываемых услуг:

Дата	Медицинские услуги	Цена услуги (руб. коп.)

2.7. Заказчик обязуется оплатить медицинские услуги (далее – «Услуга») в порядке и размере, установленных настоящим договором.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Заказчик (Потребитель) имеет право:

- 3.1.1. На охрану здоровья и медицинскую помощь.
- 3.1.2. На уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала.
- 3.1.3. На обследование, лечение в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.
- 3.1.4. Выбирать лечащего врача с учетом специализации врача и его согласия.
- 3.1.5. Получать квалифицированные медицинские услуги (медицинскую помощь).
- 3.1.6. Получать сведения о квалификации и сертификации специалистов.
- 3.1.7. Выбирать время приема у врача из имеющегося свободного.
- 3.1.8. На добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии с законодательством.
- 3.1.9. Знакомиться с документами, получить медицинскую справку.
- 3.1.10. Получить документы для социального вычета.
- 3.1.11. На получение информации о своих правах и обязанностях, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.
- 3.1.12. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну.
- 3.1.13. Отказаться от исполнения услуг, посредством предоставления письменного отказа от лечения, при условии полной оплаты части оказанных услуг, фактически выполненных до получения извещения об отказе Заказчика (Потребителя) от исполнения договора.
- 3.1.14. Самостоятельно, после согласования с лечащим врачом, приобретать расходные материалы и лекарственные средства, за качество которых исполнитель ответственности не несет.

Ознакомлен: _____
Подпись Заказчика (Потребителя)

- 3.1.15. Получать в доступной для него форме имеющуюся информацию о состоянии здоровья Пациента, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске и результатах проведенного лечения
- 3.1.16. Заказчик подтверждает, что был уведомлен Исполнителем о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента, на качестве медицинских услуг.
- 3.1.17. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни в соответствии с законодательством РФ.
- 3.1.18. Получить в доступной форме информацию о платных услугах, содержащую информацию о порядке оказания медицинских услуг и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг; информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; другие сведения относящиеся к предмету договора.
- 3.1.19. На сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, за исключением случаев предусмотренных законодательными актами.
- 3.1.20. Заказчик (Потребитель) имеет и другие права, предусмотренные действующим законодательством.

3.2. Заказчик(Потребитель) обязуется:

- 3.2.1. Оплатить стоимость предоставленных услуг по факту их оказания согласно стоимости по прейскуранту Исполнителя на день оказания услуг. Соглашаясь на лечение и получив услугу по факту, Заказчик (Потребитель) подтверждает свое согласие с правилами оказания медицинских услуг и их стоимостью. Отсутствие заранее подготовленного предварительного плана лечения не является поводом для отказа в оплате фактически оказанных услуг. Услуги по данному договору могут быть оказаны по желанию Заказчика (Потребителя) и согласованы с Заказчиком (Потребителем) устно без предварительного составления письменного плана лечения.
- 3.2.2. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление услуг, в том числе выполнять устные и указанные в памятках, приложениях к Договору рекомендации и назначения лечащего врача, соблюдать график визитов для диагностики, лечения и плановых осмотров., выполнять план лечения.
- 3.2.3. Соблюдать режим работы отделений Исполнителя, внутренний режим нахождения в медицинской организации, которые доводятся до сведения Заказчика в месте, доступном для ознакомления с ними.
- 3.2.4. По запросу Исполнителя предоставить документы для своевременного и качественного оказания медицинской услуги.
- 3.2.5. Сообщить уполномоченному медицинскому работнику сведения о заболеваниях, противопоказаниях к приему каких-либо лекарств или процедур, известных ему аллергических реакциях, информацию, влияющую на протекание или лечение, сообщить о любых изменениях самочувствия. Выполнять все требования, рекомендации медицинского персонала Исполнителя, в том числе на период после оказания медицинских услуг.
- 3.2.6. Возместить убытки в случае причинения ущерба Пациентом (Потребителем) имуществу Исполнителя.
- 3.2.7. Явиться в клинику за 15 минут до назначенного времени приема к врачу и уведомлять Исполнителя за 24 часа об отмене назначенного врачом визита.
- 3.2.8. Подписывать информированные добровольные согласия на оказание услуг, план лечения, другие приложения амбулаторной карты и приложения к настоящему Договору.
- 3.2.9. Соблюдать правила поведения в общественных местах: громко не разговаривать, не шуметь, вести себя корректно по отношению к посетителям и сотрудникам, не распивать спиртные напитки, не употреблять наркотические средства, психотропные и токсические вещества; не появляться в состоянии алкогольного, наркотического и токсического опьянения (оценивается по внешним признакам); не пользоваться служебными телефонами без разрешения администратора или иных должностных лиц Исполнителя и т.д.
- 3.2.10. Соблюдать правила запрета курения в медицинских учреждениях.

3.2.11. Соблюдать правила пожарной безопасности: при обнаружении источников пожара, иных источников, угрожающих общественной безопасности, пациент должен немедленно сообщить об этом администратору клиники.

3.2.12. Соблюдать санитарно-противоэпидемический режим: верхнюю одежду оставлять в гардеробе, проходить в помещение ГБУЗ «КДБ №2» в бахилах (бахилы можно получить у администратора).

3.2.13. В случае отказа от продолжения лечения у Исполнителя, Заказчик (Потребитель) обязан письменно уведомить об этом Исполнителя и расторгнуть договор, оплатив оказанные услуги и все фактические понесенные Исполнителем расходы.

3.2.14. Заботиться о своем здоровье, принимать все возможные меры для сохранения положительного результата лечения.

3.3. Исполнитель обязан:

3.3.1. Обеспечить Заказчика бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащей сведения: о Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи; о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг; о конкретном медицинском работнике, оказывающем медицинскую услугу по Договору, его квалификации, режиме работы; о методах оказания медицинской услуги связанной с ней рисками и ожидаемых результатах медицинской услуги, иной информацией и сведениями в соответствии с действующим российским законодательством по направлению.

3.3.2. Оказывать Пациенту медицинскую услугу по Договору, а при необходимости и дополнительные услуги в соответствии с требованиями и стандартами, установленными на территории Российской Федерации (по желанию Заказчика и возможности Исполнителя по письменному соглашению Сторон).

3.3.3. Ознакомить Заказчика при поступлении в стационар с правилами внутреннего распорядка больницы.

3.3.4. Соблюдать установленные законом Российской Федерации порядки оказания медицинской помощи.

3.3.5. Соблюдать принцип конфиденциальности, полученной от Заказчика (Потребителя) информации, если она стала известна Исполнителю в рамках оказываемых им услуг.

3.3.6. Исполнитель не несёт ответственности за непредвиденные побочные эффекты и осложнения, которые возникают вследствие особенностей человеческого организма.

3.4. Исполнитель имеет право:

2.4.1. Определять длительность лечения, объем медицинских услуг, необходимость перевода в отделения другого профиля в соответствии с состоянием здоровья Пациента;

3.4.2. Получать от Заказчика любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по Договору.

3.4.3. Своевременно и в полном объеме получать оплату за медицинские услуги в порядке и на условиях настоящего Договора.

3.4.4. Исполнитель имеет право расторгнуть Договор в одностороннем порядке, без предварительного уведомления за нарушение Пациентом, законным представителем, доверенным лицом законного представителя порядка и сроков оплаты оказанных услуг, внутреннего распорядка и режима больницы, при неявке на прием или опоздании более 2-х раз, при несоблюдении рекомендаций врача, при несогласии Потребителя с планом лечения, при невозможности оказать в данном клиническом случае квалифицированную помощь.

3.4.5. Не оказывать услуги по договору, если не достигнуто полное взаимопонимание, доверие и психологическая совместимость врача и пациента, если персонал не обладает квалификацией и оснащением для оказания Потребителю требуемых им услуг.

3.4.6. В одностороннем порядке отказаться от исполнения договора в соответствии со ст. 36 Закона РФ «О защите прав потребителей», если Потребитель после уведомления о необходимости устранить обстоятельства, снижающие качество оказываемой услуги, не устранил данные обстоятельства. Если нет угрозы для жизни.

3.4.7. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема Исполнитель вправе направить Потребителя к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации или увеличить сроки оказания услуг.

3.4.8. Изменить дату и время приема Потребителя при нарушении графика приема, если это нарушение вызвано объективными причинами, т.е. не подлежащими прогнозу осложнениями, возникшими при лечении других пациентов, с целью окончания лечения текущему Пациенту.

3.4.9. Отсрочить или отменить оказание услуги, в том числе в день назначения, в случае обнаружения у Потребителя противопоказаний, так и по общему состоянию здоровья.

4. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

4.1. Все медицинские услуги оказываются Исполнителем при неукоснительном соблюдении лицензионных требований и условий, требований Закона РФ «О защите прав потребителей», Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, Федерального закона РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

4.2. Заказчик (Потребитель) подтверждает, что до подписания настоящего договора, ознакомлен в доступной форме с информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения.

4.3. Основанием для предоставления услуг является добровольное желание Заказчика (Потребителя) получить услуги за плату, наличие медицинских показаний и возможности для оказания услуг.

4.4. Лечащий врач в соответствии с медицинскими показаниями и возможностями, после осмотра Потребителя устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты диагностики и лечения, последствия лечения, предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения, информирует об этом Потребителя и получает его письменное информированное добровольное согласие, стороны договорились, что такое согласие является также подтверждением того, что Потребитель достаточно и в доступной форме информирован о состоянии своего здоровья, о предполагаемых результатах лечения, о возможности негативных последствий предлагаемых способов диагностики и лечения, о характере и степени тяжести этих последствий, о степени риска лечения, о существовании иных способов лечения и их эффективности, о последствиях отказа от предлагаемого лечения, об используемых при предоставлении услуг лекарственных препаратов и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, и является выражением добровольного информированного согласия пациента на предложенное медицинское вмешательство, составляет предварительный план лечения, после этого проводится комплекс диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с диагнозом и предварительным планом лечения.

4.5. Срок оказания услуг, а также их объем и стоимость зависят от состояния здоровья Потребителя, диагноза, периода, необходимого для качественного и безопасного оказания услуг, графика визитов Потребителя, расписания работы врача. Срок оказания услуги начинается с факта обращения Заказчика (Потребителя) к Исполнителю.

4.6. Если в процессе оказания услуг возникла необходимость изменить план лечения с оказанием дополнительных услуг, то они оказываются только после получения письменного согласия Заказчика (Потребителя). Отказ Заказчика (Потребителя) от получения дополнительных услуг, связанных с медицинскими показаниями, также оформляется письменно с разъяснением ему последствий такого отказа. В том случае, если Исполнитель придет к выводу, что без дополнительных услуг оказание услуг по настоящему договору невозможно либо приведет к значительным негативным последствиям для Потребителя, стороны обсудят возможность расторжения настоящего договора с компенсацией Исполнителю фактически понесенных затрат.

4.7. Если в процессе оказания услуг потребуется предоставление дополнительных услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Заказчика, то они оказываются без взимания платы в соответствии с ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан РФ".

5. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, ПОРЯДОК И СРОКИ ОПЛАТЫ

5.1. Стоимость Услуги устанавливается согласно действующего прейскуранта Исполнителя на день оказания услуги и составляет

При возникновении необходимости выполнения дополнительных Услуг, не предусмотренных договором, они выполняются с согласия Заказчика с оплатой по прейскуранту.

5.2. Оказанные дополнительные услуги оплачиваются Заказчиком (Потребителем) по расценкам действующего прейскуранта.

5.3. Исполнитель в течение срока действия настоящего Договора оставляет за собой право изменять (пополнять или сокращать) перечень оказываемых услуг и цены по Прейскуранту.

Ознакомлен:

Подпись Заказчика (Потребителя)

5.4. Оплата Услуг осуществляется в порядке 100% предоплаты до получения Услуги путём внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с данным разделом договора. В случаях нерегулируемых данным разделом, стороны несут ответственность в соответствии с действующим Законодательством РФ.
- 6.2. В случае неблагоприятного исхода лечения в связи: с нарушением врачебных рекомендаций и режима лечения; с возникновением предполагаемых осложнений; при наступлении результата лечения по причинам, возможность возникновения которых была указана и согласована с Заказчиком (Потребителем) при получении информированного добровольного согласия на оказание платных медицинских услуг и иных приложений к настоящему Договору, предъявление претензий Заказчика (Потребителя) к качеству оказания услуг после вмешательства самого Заказчика (Потребителя) Исполнитель ответственности не несет.
- 6.3. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств, если при той степени заботливости и осмотрительности, какая от него требовалась по характеру выполняемых действий, он принял все меры для надлежащего исполнения обязательств, однако, ожидаемый результат не был достигнут в силу того, что, несмотря на правильные действия, современный уровень здравоохранения не гарантирует стопроцентного результата, в том числе Исполнитель не несет ответственности за осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма Потребителя, вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить.
- 6.4. При несоблюдении Исполнителем обязательств по исполнению услуг Заказчик (Потребитель) вправе действовать в соответствии с Законом РФ от 07.02.2002г. №2300-1 «О защите прав потребителей».
- 6.5. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение (ненадлежащее исполнение) обязательств по договору, если причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) является чрезвычайное и непредотвратимое обстоятельство (непреодолимая сила).
- 6.6. При отказе от дальнейшего медицинского вмешательства (прекращении лечения) по своему желанию Заказчик (Потребитель) обязуется оплатить Исполнителю расходы, фактически понесенные им в целях исполнения данного Договора.

7. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ВЫДАЧИ КОПИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

Для получения копии медицинских документов или выписок из них после исполнения договора Исполнителем, Потребитель либо его законный представитель представляет запрос о предоставлении копий и выписок на бумажном носителе (при личном обращении или по почте), который составляется в свободной форме и содержит данные в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 31.07.2020г. № 789н. При подаче запроса лично, а также при личном получении копии медицинских документов и выписок из них Потребитель либо его законный представитель предъявляет документ, удостоверяющий личность. Законный представитель потребителя дополнительно предъявляет документ, подтверждающий его статус.

В случае выбора способа получения Потребителем (его законным представителем) запрашиваемых копий медицинских документов или выписок из них по почте соответствующие копии или выписки из них направляются заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.

В случае отсутствия в запросе сведений, указанных в Приказе Минздрава РФ от 31.07.2020г. № 789н., и (или) документа, подтверждающего статус законного представителя, Исполнитель в письменной или электронной форме информирует об этом Потребителя либо его законного представителя в срок, не превышающий четырнадцати календарных дней со дня регистрации в медицинской организации запроса. Предоставление Потребителю либо его законному представителю копий медицинских документов и выписок из них на бумажном носителе осуществляется в количестве одного экземпляра в срок 30 рабочих дней с момента подачи заявления Заказчиком (Потребителем).

8. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

- 8.1. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении.
- 8.2. С согласия Заказчика (Пациента) допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, указанным Заказчиком.

8.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Заказчика допускается в случаях, установленных ст. 13 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан.

9. СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПОРЯДОК РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

- 9.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и внесения Заказчиком 100% предоплаты стоимости медицинских услуг и действителен до полного исполнения сторонами своих обязательств.
- 9.2. Подписывая данный договор, Заказчик (Потребитель) подтверждает, что делает это сознательно и добровольно, без принуждения и давления обстоятельств, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения, что он в доступной форме уведомлен о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в соответствующих медицинских учреждениях, что полностью ознакомлен со стоимостью всех услуг Исполнителя, сроками оказания услуг, условиями и согласен с ними.
- 9.3. Все приложения и дополнительные соглашения, созданные Сторонами в процессе действия Договора, рассматриваются Сторонами как неотъемлемые составные части настоящего Договора.
- 9.4. Любые изменения и дополнения к настоящему договору действительны лишь при условии, что они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями сторон.
- 9.5. За нарушение Заказчиком порядка и сроков оплаты оказанных услуг, внутреннего распорядка и режима ГБУЗ «КДБ №2», Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке по инициативе Исполнителя, без предварительного уведомления.
- 9.6. В случае досрочного расторжения Договора Заказчиком, уплаченные денежные средства возвращаются за вычетом стоимости уже оказанных услуг и фактически понесенных Исполнителем расходов на основании письменного заявления Заказчика о прекращении Договора.
- 9.7. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством.
- 9.8. Настоящий договор составлен в трех экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу. Один экземпляр находится у Исполнителя, второй у Заказчика, третий у Потребителя. В случае, если договор заключается между Потребителем и Исполнителем, он составляется в двух экземплярах.

10. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

Понимая субъективность оценки функционального результата медицинских услуг, в случае возникновения разногласий по вопросу качества оказанных услуг, споры могут быть разрешены на совместном заседании Заказчика (Потребителя), врачебной комиссии Исполнителя. Все претензии оформляются в письменном виде. Срок рассмотрения претензии - 10 дней. При недостижении согласия сторон в досудебном порядке или пропуская до судебного решение споров, споры разрешаются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Заказчик (Потребитель) может направить обращение (жалобу) в письменном виде на бумажном носителе по почте, электронном виде с использованием информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", в том числе официального сайта органа государственного надзора, иных уполномоченных федеральных органов исполнительной власти, а также может быть принято при личном приеме заявителя.

Управление Роспотребнадзора по Тверской области

Адрес: 170034, г. Тверь, ул. Дарвина, д. 17

Тел.: (4822) 34-22-11; факс: (4822) 35-61-85, 32-06-20

Сайт: <https://69.rospotrebnadzor.ru/>

Территориальный орган Росздравнадзора по Тверской области

Адрес: 170100, Тверская область, г. Тверь, ул. Советская., д. 35, корпус 1

Телефон: (4822) 35-85-88, Факс: (4822) 35-85-88

E-mail: rzntver@reg69.roszdravnadzor.gov.ru

11. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

11.1. Заказчик уведомлен о порядке получения медицинской помощи на территории Российской Федерации, а также о возможности получения бесплатной медицинской помощи, предусмотренной программами обязательного медицинского страхования. Заказчик согласен получить медицинскую помощь (медицинские услуги) в ГБУЗ «КДБ №2» на платной основе.

11.2. Сумма расходных материалов и лекарственных препаратов, приобретенных Заказчиком самостоятельно, в стоимость оказанных медицинских услуг не включается.

Ознакомлен: _____

Подпись Заказчика (Потребителя)

11.3. Согласие Заказчика на проведение медицинской услуги и факт её получения одновременно означает и согласие Заказчика на оплату этой услуги.

11.4. Во всём, что не предусмотрено настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

12. АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН

«Исполнитель»:

ГБУЗ «КДБ № 2»

ИНН 6904008639, КПП 695001001

Юр. адрес: 170023, г.Тверь, ул. Ржевская, д. 4

Тел.: (4822) 42-16-01 (главный врач)

(4822) 42-15-14 (глав. бухгалтер)

Р/с: 40601810700003000001 в Отделении Тверь
г.Тверь

БИК 042809001, ОКПО 01926320

ОГРН 1026900551842, ОКВЭД 86.10

«Заказчик» :

Ф.И.О. _____

Дата рождения _____

Адрес проживания _____

Паспорт: _____

серия, номер, кем и когда выдан

Контактный телефон: _____

Главный врач _____

М.П.

Гнатенко Э. П.

подпись

подпись

фамилия, И.О.

ПОТРЕБИТЕЛЬ:

Ф.И.О. _____

Подпись _____

Ознакомлен: _____

Подпись Заказчика (Потребителя)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тверской области «Клиническая детская больница №2»
ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на оказание/получение платных медицинских услуг

Я, _____, _____ года рождения, проживающий (ая) по адресу: _____ ул. _____, _____ д. _____ к. _____ кв. _____, паспорт серии _____ номер _____, выдан _____, находясь в здравом уме и ясном сознании, понимая значение своих действий и руководствуясь ими, самостоятельно обратился за получением платных медицинских услуг и дополнительных сопутствующих услуг неотделимых и неразрывно связанных с оказанием медицинской помощи и обязуюсь оплатить обследование и лечение в амбулаторных/стационарных условиях в соответствии с договором на оказание и оплату услуг, заключенному между мною и ГБУЗ «КДБ №2», в том числе в пользу третьих лиц. Я ознакомлен (а): - со ст. 41 Конституции Российской Федерации, дающей мне право получить медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений. - с п.1 ст. 19 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ, в соответствии с которой я имею право на получение медицинской помощи в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации; - со ст. 19, 84, п.2 ст.19 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ в соответствии с которой я имею право на получение платных медицинских услуг, предоставляемых по желанию при оказании медицинской помощи, и платных немедицинских услуг (бытовых, сервисных, транспортных и иных услуг), предоставляемых дополнительно при оказании медицинской помощи; - с постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023г. № 736 в соответствии с которым медицинские организации, участвующие в реализации программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеют право предоставлять платные медицинские услуги, при самостоятельном обращении за медицинской помощью и/или на иных условиях, чем предусмотрено территориальными и/или целевыми программами бесплатного оказания медицинской помощи, как в полном объеме стандарта медицинской помощи (схемы ведения пациентов), так и в виде отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, или оказываемом сверх установленного государственного задания; - со ст. 44, 47 ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010г. №326-ФЗ, ст. 9 ФЗ «О защите персональных данных» от 27 июля 2006г. №152-ФЗ и добровольно даю согласие на ведение персонифицированного учёта сведений, необходимых для организации и оказания медицинской помощи мне, как Пациенту. Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение о своих правах и обязанностях в соответствии со ст. ст. 18,19, 20,21,22,23,27 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ, а так же о предлагаемых и альтернативных методах обследования и лечения своего заболевания, о приблизительной стоимости услуг в соответствии с действующим Прейскурантом, условиях и ограничениях при их оказании, перечень и стоимость медицинских услуг согласованы со мной, и ОТКАЗЫВАЮСЬ от бесплатного получения медицинской помощи в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в порядке и на условиях, установленных законодательством Российской Федерации. Я проинформирован, что Фондом обязательного медицинского страхования, а так же страховыми медицинскими организациями возмещение затрат на платные медицинские услуги гражданам не осуществляется. Возмещение затрат осуществляется в форме социального налогового вычета и в порядке установленном Постановлением Правительства Российской Федерации от 19 марта 2001г. №201 «Об утверждении перечней медицинских услуг и дорогостоящих видов лечения в медицинских учреждениях Российской Федерации, лекарственных средств, суммы оплаты которых за счет собственных средств налогоплательщика учитываются при определении суммы социального налогового вычета». Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, в том числе назначенного режима лечения и диеты, по ограничению (отказу) употребления спиртных напитков; отказ от госпитализации и медицинского вмешательства; несвоевременное обращение за медицинской помощью, могут снизить качество предоставляемой медицинской помощи, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья. Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение, что используемые технологии медицинской помощи не могут полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных: индивидуальными особенностями организма; тяжестью основного и сопутствующих заболеваний; прогностически неблагоприятным течением заболевания; появления ранее неизвестных (скрытых) обстоятельств, информация о которых могла повлиять на выбор тактики лечения и прогноз; несовершенством медицины и отсутствия стопроцентных гарантий достижения результата у применяемых на современном уровне здравоохранения методик и технологий, а так же возможных неблагоприятных последствиях выполнения указаний Пациента о способе исполнения работ (выбор методик, времени и места получения услуг), в том числе с использованием материалов Пациента (Заказчика). Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение о том, что в случае возражений и претензий по качеству полученных услуг я должен сообщить об этом до момента окончания оказания услуг. В случае неполучения претензий в течение трёх рабочих дней, услуги считаются выполненными в полном объеме и с надлежащим качеством. Я согласен (-а) на осмотр другими медицинскими работниками. Я согласен (-а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и понятны, добровольно даю свое согласие и настаиваю на обследовании и/или лечении на возмездной основе за счет своих личных средств и иных источников дохода, не запрещенных действующим законодательством в ГБУЗ «КДБ №2».

Пациент _____ (Ф.И.О. полностью и подпись)

Расписался в моем присутствии _____

СОГЛАСИЕ пациента на обработку персональных данных

Я _____,
(Ф.И.О. полностью)

проживающий по адресу: _____,
(место регистрации)

паспорт _____, выдан _____,
(серия и номер) (дата, название выдавшего органа)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку ГБУЗ «КДБ №2» 170023, г.Тверь, ул. Ржевская, д.4 ((далее - Оператор) моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество; пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС; страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью; сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях. В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на обработку моих персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. Оператор имеет право: - при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями; - с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что указанные предоставление передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты и составляет двадцать пять лет. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Я согласен (а) со следующими действиями с моими персональными данными:

1. Обработка моих персональных данных в защищенных в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов;
2. Обработка моих персональных данных, защищенных в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т.ч. и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

(подпись, Ф.И.О.) (дата)

Согласие получено _____ (дата)

Уполномоченный представитель медицинской организации _____

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

(составлено в соответствии с ФЗ № 323 от 21.11.2012г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Приказом МЗ от 20.12.2012г. №1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство»)

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина либо законного представителя)

« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)
даю информированное добровольное согласие на предложенные мне, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть) _____

(Ф.И.О. лица, от имени которого выступает законный представитель)

« _____ » _____ г. рождения,
проживающему по адресу: _____

(адрес лица, от имени которого выступает законный представитель),

Виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень, утверждённый приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.04.2012 г. № 390н, а именно:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Тверской области «Клиническая детская больница №2» _____

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 ФЗ N 323 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21 ноября 2011 г.

Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается: 1) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители; 2) в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих; 3) в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами; 4) в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления); 5) при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы; 6) при оказании паллиативной медицинской помощи, если состояние гражданина не позволяет выразить ему свою волю и отсутствует законный представитель.

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. медицинского работника)

« _____ » _____ 20 _____ г. (дата оформления информированного добровольного согласия)

Главный врач ГБУЗ «КДБ №2»

« » 20 г.

(составлено в соответствии с ФЗ № 323 от 21.11.2012г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»)

Я,

Даю согласие на введение следующих лекарственных препаратов:

[illegible]

« _____ » 20 ____ г.

(Ф.И.О. гражданина)

« » 20 г.

(Ф.И.О. медицинского работника)

Отказ от видов медицинских вмешательств, включенных
в Перечень определенных видов медицинских вмешательств,
на которые граждане дают информированное добровольное согласие
при выборе врача и медицинской организации для получения
первичной медико-санитарной помощи

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

"__" _____ г. рождения,
зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо
законного представителя)

при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в

_____ (полное наименование медицинской организации)

отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в
Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане
дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской
организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный
приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской
Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством
юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - виды
медицинских вмешательств):

_____ (наименование вида медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от
вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность
развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при
возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов
медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я
имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид
(такие виды) медицинского вмешательства.

(подпись) _____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись) _____ (Ф.И.О. медицинского работника)

"__" _____ г.
(дата оформления)