|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Договор № | | |  | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| на предоставление платных медицинских услуг | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| г. Ижевск | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |  | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Бюджетное учреждение здравоохранения Удмуртской Республики «Первая республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Удмуртской Республики» (БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница МЗ УР») свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ серия 18 № 003029048 выдано Межрайонной ИФНС России № 8 по Удмуртской Республике (лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01129-18/00574721 от «28» декабря 2020 г. выдана Территориальным органом Росздравнадзора по Республике Удмуртия, 426039, г. Ижевск, ул. Дзержинского, д.3, тел. (3412) 40-27-47), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | , действующего на основании доверенности | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | , с одной стороны, и | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| фамилия, имя, отчество (полностью) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| именуемый (ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, при совместном упоминании Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.1. Пациент подписанием настоящего договора подтверждает факт доведения до его сведения информации о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. 1.2. Исполнитель с учетом положений настоящего договора обязуется оказать Пациенту в соответствии с медицинскими показаниями платные медицинские услуги, указанные в п. 1.3. настоящего договора, надлежащего качества в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а Пациент обязуется принять и оплатить оказанные услуги. 1.3. Перечень и стоимость платных медицинских услуг: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| № | | Наименование медицинской услуги, стационарного отделения (оказание медпомощи в зависимости от категории палаты) в соответствии с прейскурантом | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Количество услуг (койко/дней) | | | | | | Стоимость | | | | |
| 1 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |
| **Итого:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| именуемые в дальнейшем Услуги. 1.4. Срок оказания Услуг по настоящему договору: устанавливается со дня обращения Пациента в течение 30 календарных дней с момента подписания настоящего договора Сторонами. 1.5. Время консультативного приема врачами-специалистами устанавливается в пределах нормы времени, установленной нормативными правовыми актами, но не более 60 минут. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1. Исполнитель обязан: 2.1.1. Оказать Услуги в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации. 2.1.2. При обследовании выдать Пациенту заключение о результатах обследования, а после проведения лечения выдать Пациенту медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих его состояние здоровья после получения Услуг.  2.1.3.Сохранить конфиденциальность информации о состоянии здоровья Пациента. 2.1.4. Информировать Пациента о предполагаемых методах обследования и (или) лечения, возможности развития осложнений при проведении лечебно-диагностических мероприятий. 2.1.5. Вести медицинскую документацию в установленном порядке и представлять отчетность по видам, формам, в сроки и объеме, которые установлены уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. 2.1.6. Незамедлительно ставить в известность Пациента о возникновении условия невозможности оказать медицинскую услугу по объективным причинам (болезнь специалиста, поломка аппаратуры и т.п.), о возникновении обстоятельств, которые могут привести к сокращению оказываемых медицинских услуг, о выявлении у Пациента заболевания (состояния) не по профилю направления, а также противопоказания к предоставлению медицинской услуги. 2.2. Исполнитель имеет право: 2.2.1. В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований и (или) оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и непредусмотренных настоящим договором. 2.2.2. Определять длительность лечения и (или) объема лечебно-диагностических услуг и (или) необходимость перевода в отделение профиля соответствующего состоянию здоровья Пациента. 2.2.3. Прекратить оказание Услуги, немедленно уведомив об этом Пациента, в следующих случаях: - при наличии медицинских противопоказаний, заведомой невозможности достичь результата лечения; - при неоплате Услуг Пациентом; - при предоставлении Пациентом неполных и (или) недостоверных сведений связанных со здоровьем; - при нарушении Пациентом правил внутреннего распорядка, невыполнении медицинских показаний. 2.3. Пациент обязан: 2.3.1. Своевременно оплачивать Исполнителю Услуги в порядке и размере, предусмотренных настоящим договором. 2.3.2. Информировать Исполнителя до оказания медицинских услуг о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях, точно выполнять назначение врача. Нарушение указанной обязанности Пациентом является исключительно его риском. 2.3.3. Выполнять все рекомендации медицинского персонала и третьих лиц, оказывающих ему по договору медицинские услуги, по лечению, в том числе соблюдать указания Исполнителя, предписанные на период после оказания Услуг. 2.3.4. Соблюдать правила поведения пациентов в медицинском учреждении, соблюдать правила санитарно-эпидемиологического режима, режим работы Исполнителя. 2.4. Пациент имеет право: 2.4.1. Получать информацию о состоянии своего здоровья, ходе обследования и (или) лечения, стоимости иных услуг, необходимость проведения которых возникла в ходе оказания Услуг. 2.4.2. На получение лечебного питания в случае нахождения Пациента на лечении в стационарных условиях. 2.4.3. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну. 2.4.4. На отказ от медицинского вмешательства. 2.4.5. На возмещение вреда, причиненного здоровью Пациента при оказании ему медицинской помощи, в соответствии с действующим законодательством. 2.4.6. Отказаться от получения медицинских услуг по настоящему договору, после заключения договора, в этом случае договор расторгается. Исполнитель информирует Пациента о расторжении договора по инициативе Пациента, при этом Пациент обязан оплатить Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору. 2.5. Стороны обязуются согласовывать все непредвиденные случаи, возникающие в процессе оказания медицинских услуг. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, СРОКИ  И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.1. Стоимость услуг по настоящему договору устанавливается на основании прейскуранта платных услуг в соответствии с действующим законодательством. Пациент до заключения договора ознакомлен с действующим прейскурантом. 3.2. Оплата Услуг осуществляется Пациентом в порядке 100% предварительной оплаты – до получения Услуг, путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или перечислением денежных средств на расчетный счет Исполнителя, указанный в настоящем договоре. 3.3. После оплаты медицинских услуг Исполнителем Пациенту выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (кассовый чек, если расчет за оказанные медицинские услуги производится за наличный расчет, либо кассовый чек и чек электронного терминала при безналичном расчете). При оплате с помощью электронных средств платежа, кассовый чек за оказанные медицинские услуги в электронном виде направляется посредством электронной почты при условии предоставления Пациентом адреса электронной почты. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации. 4.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации. 4.3. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, если докажет, что это произошло вследствие действий непреодолимой силы или нарушения Пациентом п.п. 2.3.2., 2.3.3. настоящего договора. 4.4. При стационарном лечении Исполнитель не отвечает за имущество Пациента не сданное на хранение. 4.5. При предоставлении Пациентом анализов и заключений иных медицинских учреждений, Исполнитель исходит из добросовестности Пациента и третьих лиц и не несет ответственности за свои действия, основанные на этих данных в случае их не соответствия действительности.  4.6. Исполнитель не отвечает за осложнения, возникшие вследствие индивидуальных особенностей организма Пациента, если услуга оказана с соблюдением стандартов медицинской помощи. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами обязательств по настоящему договору.  5.2. Настоящий договор, может быть, расторгнут досрочно по соглашению Сторон, в случаях, указанных в п. 2.2.3., 2.4.6. настоящего договора, и в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации. 5.3. О намерении досрочного расторжения настоящего договора Стороны обязаны уведомить друг друга не менее чем за три дня до предполагаемой даты расторжения настоящего договора. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. ИЗМЕНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6.1. Все изменения и дополнения к настоящему договору, требующие взаимного согласия Сторон, будут действительны только при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями Сторон (либо ими лично). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7.1. При возникновении спорных вопросов Стороны принимают все необходимые меры для их урегулирования. 7.2. Все претензии по финансовым расчетам, качеству предоставления медицинских услуг и другим вопросам рассматриваются и разрешаются по согласованию Сторон. При не достижении согласия споры подлежат рассмотрению в суде. 7.3. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются законодательством Российской Федерации. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8.1. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу. 8.2. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Пациента. Без согласия Пациента Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.  Согласием Пациента на получение дополнительных Услуг к настоящему договору, является оплата стоимости таких услуг. 8.3. В случае не оплаты Пациентом Услуг на условиях, указанных в разделе 3 настоящего договора, Исполнитель имеет право отказать Пациенту в оказании Услуг до момента их оплаты.  8.4. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровьях граждан в Российской Федерации». 8.5. Стороны пришли к соглашению, что в случае возникновения необходимости оказания экстренной или неотложной медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни и здоровью иным лицам, срок оказания услуг по настоящему договору продлевается соразмерно времени необходимому для оказания такой медицинской помощи или переносится на иное удобное для пациента время. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| «Исполнитель» | | | | | | | | | | | | | | | | | | | «Пациент» | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 426039, г. Ижевск, ул. Воткинское шоссе, 57 ОГРН 1021801508156 УФК по Удмуртской Республике (Минфин Удмуртии (БУЗ УР «Первая Республиканская клиническая больница МЗ УР»,  л/с 20855721360)  ИНН 1833002854  КПП 184101001 Р/счет 03224643940000001300 в Отделении -  НБ Удмуртская Республика БАНКА РОССИИ//УФК по Удмуртской Республике  г. Ижевск,  к/с 40102810545370000081  БИК 019401100 тел. | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | Гр. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Адрес: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Тел. | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | / | . | | | | | | | | | | | | / |
| Ф.И.О. должность | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Отказываюсь от оказания бесплатной медицинской помощи в рамках программы. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Подпись  / | | |  | | | | | | | | | | | | | | / | | Государственных гарантий. Добровольно выбираю врача, оказывающего платную | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  | м.п. | | | | | | | | | | | | | |  |  | медицинскую услугу. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Подпись Пациента | | | | |  | | | | | / | . | | | | | | | | | / |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | С перечнем медицинских услуг, оказываемых Исполнителем в соответствии с лицензией, ознакомлен. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Подпись Пациента | | | | |  | | | | | / |  | | | | | | | | | / |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Экземпляр договора получил. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Подпись Пациента | | | | |  | | | | | / |  | | | | | | | | | / |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Информированное согласие "Пациента"** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Я, | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | добровольно  без  какого-либо принуждения и посогласованию с врачом | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| выбрал для моего лечения, следующие медицинские услуги, которые я хочу получить у Исполнителя , и согласен их оплатить по ценам, установленным действующим у Исполнителя Прейскурантом: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| № п/п | | Наименование услуг | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Количество услуг | | | | | | Цена за ед., руб. | | | | | | Сумма, руб. | | | | | |
| 1 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| **Итого:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| Я поставлен в известность, что цель медицинской услуги - получение наиболее благоприятного результата из тех, которые возможны при моем состоянии. Мне разъяснены основные этапы и особенности данной медицинской услуги. Я понял, в чем ее смысл и не имею по этому поводу вопросов к медицинскому персоналу. Согласен на проведение обследования в предложенном объеме. Я сообщил сведения о наличии у меня заболеваний, сопутствующих основному, а также о болезнях, перенесенных ранее.  2. Мне известно, что сам по себе факт выполнения лечебной или диагностической процедуры не приводит к выздоровлению автоматически. Понимаю, что для достижения необходимого результата потребуется высококвалифицированное лечение.  3. Мне разъяснено, что проведение некоторых медицинских процедур связано с риском что вовремя манипуляции или после нее могут появиться непредвиденные ранее неблагоприятные обстоятельства, ощущения, а также возникнуть осложнения, о которых предупреждает лечащий врач или специалист, выполняющий данную процедуру. При этом, врачи могут быть поставлены перед необходимостью значительно изменить доведенный до моего сведения план обследования и лечения. Может потребоваться операция. Могут удлиниться общие сроки лечения.  4. Мне разъяснено, и я осознал, что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат и, что при проведении операции и после нее, как в ближайшее время, так и в отдаленном периоде, возможны разные осложнения. Я согласен с тем, что используемая при лечении 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. Исполнитель не несет ответственности за их возникновение.  5. До моего сведения доведено, что планируемые обследования и лечение, не являются неотложными, поэтому потребность в них не является абсолютной. С другой стороны, мне понятно, что длительное откладывание или отказ от медицинской процедуры могут привести к неблагоприятным последствиям. Поэтому, осознавая все вышеизложенное, я даю согласие на проведение данной медицинской услуги и обязуюсь выполнять все рекомендации медперсонала.  6. Мне известно также, что при несоблюдении мной лечебных предписаний или правил внутреннего распорядка БУЗ УР «1РКБ МЗ УР», врач может отказать мне в обследовании и лечении.  7. Настоящие информированное согласие мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и возможных осложнений, связанных с их проведением и даю свое согласие на их применение. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Дата | |  | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Подпись | | |  | | | | | / |  | | | | | | | | | / |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |