

УВЕДОМЛЕНИЕ

(в соответствии с п.15. «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», Утв. Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006)

Я, гражданин(ка) _____ настоящим уведомлен(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника ГБУЗ НО «Городская больница № 21», 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.

Подтверждаю, что уведомлен(а) до заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

Подпись «Заказчика» («Пациента») _____

Договор на оказание платных медицинских услуг № _____

«___» _____ 201__ г.

г. Нижний Новгород

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области «Городская больница № 21 Автозаводского района г. Нижнего Новгорода» (ГБУЗ НО «Городская больница № 21»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Ковалева Г.И., действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин(ка) РФ _____

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, именуемые при совместном упоминании «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. Исполнитель берет на себя обязательство оказать Заказчику следующие медицинские услуги:

Код услуги	Наименование услуги	Цена (руб.)	Врач	Подпись

(далее - Услуги), отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а Заказчик обязуется оплатить их в порядке и размере, установленных настоящим Договором.

1.2. По настоящему Договору Исполнитель предоставляет Заказчику медицинские услуги по своему профилю деятельности в соответствии с выданной лицензией на осуществление медицинской деятельности (лицензия № ЛО-52-01-003996 от 19.03.2014г. (срок действия - бессрочно.) выдана министерством здравоохранения Нижегородской области, г. Нижний Новгород, ул. Нестерова, д. 7, тел. (831) 435-31-90) (работы (услуги) перечисленные в настоящем договоре, указаны в лицензии), согласно Прейскуранту цен на медицинские услуги (далее - Прейскурант), утвержденным в установленном порядке, а Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги.

1.2.1. Медицинские услуги предоставляются в соответствии со стандартами медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, утвержденными в установленном порядке.

1.2.2. Медицинские услуги предоставляются:

- в полном объеме стандарта медицинской помощи,

- по просьбе Заказчика в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

1.2.3. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Заказчика (законного представителя Заказчика), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, в случае, если такое согласие требуется в соответствии с действующим законодательством.

1.3. Заказчик подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

- ознакомил Заказчика с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012 г. №1006);

- ознакомил его с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;

- уведомил его 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;

- уведомил Заказчика о том, что 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 Заказчика.

1.4. Подписав настоящий Договор, Заказчик подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

1.5. Срок предоставления медицинских услуг с «___» _____ 201__ г. по «___» _____ 201__ г.

1.6. В случае изменения срока оказания медицинских услуг, Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора.

2. Права и обязанности Сторон

2.1. Заказчик обязуется:

2.1.1. оплатить медицинские услуги в размере и порядке, указанным в п. 3 настоящего Договора;

2.1.2. до назначения курса лечения сообщить лечащему врачу все сведения о наличии у него других заболеваний, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, а также другую информацию, влияющую на протекание или лечение указанного в п. 1.1. заболевания;

2.1.3. выполнять все требования медицинского персонала Исполнителя во время всего курса лечения;

2.1.4. соблюдать график приема врачей-специалистов;

2.1.5. соблюдать внутренний режим нахождения в ГБУЗ НО «Городская больница № 21»;

2.1.6. при прохождении курса лечения сообщать лечащему врачу о любых изменениях самочувствия;

2.1.7. отказаться на весь курс лечения от употребления наркотиков и лекарств их содержащих, психотропных препаратов, алкоголесодержащих напитков;

2.1.8. согласовывать с лечащим или дежурным врачом употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей, и т.д.;

2.1.9. возместить убытки в случае причинения ущерба имуществу Исполнителя;

2.1.10. заблаговременно информировать Исполнителя о необходимости отмены или изменения назначенного ему времени получения медицинской услуги. В случае опоздания Заказчика более чем на 20 (двадцать) минут по отношению к назначенному Заказчику времени получения услуги, Исполнитель оставляет за собой право на перенос или отмену срока получения услуги.

2.2. Заказчик имеет право:

2.2.1. требовать от Исполнителя предоставления сведений о наличии лицензии и сертификата, расчета стоимости оказываемых услуг;

2.2.2. выбрать лечащего врача (с учетом его согласия);

2.2.3. получать от Исполнителя для ознакомления в доступной для понимания и восприятия форме любые сведения о состоянии своего здоровья, протекании лечения, данные промежуточных обследований, результаты анализов, протоколы консилиумов и т.д.;

2.2.4. требовать проведения консилиума или консультаций других специалистов;

2.2.5. отказаться от медицинского вмешательства (в письменной форме);

2.2.6. требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии (врачебной тайны);

2.2.7. на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. В случаях, когда состояние Заказчика не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах Заказчика решает консилиум, а в особых случаях лечащий (дежурный) врач. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается Заказчиком или его представителем, а также медицинским работником;

2.2.8. отказаться от получения Услуги (до момента начала ее оказания) и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания Услуги.

2.3. Исполнитель обязуется:

2.3.1. ознакомить Заказчика при поступлении в стационар с правилами внутреннего распорядка;

2.3.2. оказать медицинские услуги качественно, в соответствии с предусмотренными медицинскими технологиями и в срок, указанный в данном Договоре;

2.3.3. в своей деятельности по оказанию медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке, рекомендованные российской и общемировой медицинской практикой;

2.3.4. за период прохождения курса лечения добиться значительного улучшения состояния здоровья Заказчика;

2.3.5. в случае невыполнения взятых обязательств возместить Заказчику стоимость лечения;

2.3.6. не использовать без согласования с Заказчиком способов лечения, медицинских препаратов и процедур, способных нанести вред здоровью и самочувствию Заказчика;

2.3.7. соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия и здоровья Заказчика (врачебную тайну);

2.3.8. в случае досрочного наступления значительного улучшения состояния здоровья Заказчика возратить ему половину суммы, рассчитанной от произведенной оплаты пропорционально дням, оставшимся до окончания курса лечения.

2.4. Исполнитель имеет право:

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

2.4.2. Требовать от Заказчика соблюдения:

- графика прохождения процедур;

- соблюдения внутреннего режима проживания в стационаре;

- соблюдения режима приема лекарственных препаратов, режима питания и других предписаний;

2.4.2. по своему усмотрению продлить курс лечения Заказчика, но не более чем на 20 дней;

2.4.3. использовать результаты, описание хода лечения и прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без указания данных Заказчика, достаточных для его идентификации;

2.4.4. в одностороннем порядке прекратить или приостановить выполнение своих обязательств по настоящему Договору при неисполнении Заказчиком своих обязательств. При этом Исполнитель возмещает Заказчику стоимость пропорционально оставшемуся сроку лечения за вычетом 50 процентного штрафа от общей суммы лечения в качестве компенсации за вынужденный простой персонала и оборудования Исполнителя;

2.4.5. в случае возникновения неотложных состояний Исполнитель имеет право самостоятельно определять объем исследований и оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных настоящим Договором;

2.4.6. при необходимости привлекать для оказания медицинских услуг сторонних исполнителей и соисполнителей по согласованию с Заказчиком;

2.4.7. расторгнуть договор при нарушении Заказчиком правил внутреннего распорядка больницы

3. Цена и порядок оплаты услуг

3.1. Стоимость медицинских услуг по настоящему Договору определяется по Прейскуранту цен (тарифов) платных медицинских услуг, действующему на момент заключения настоящего Договора и составляет _____ рублей _____ коп.

(прописью)

и остается неизменной в течение всего срока действия настоящего Договора.

3.2.1. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора на предоставление дополнительных медицинских услуг, их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора.

3.3. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения, стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Заказчика с учетом уточненного диагноза, путем подписания дополнительного соглашения, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора. Без согласия Заказчика, Исполнитель не имеет права предоставлять дополнительные платные медицинские услуги по настоящему Договору.

3.4. Оплата Услуг осуществляется Заказчиком в порядке 100-процентной предоплаты до получения Услуги путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

4. Конфиденциальность

4.1. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Заказчика за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении.

4.2. С согласия Заказчика или его представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Заказчика.

4.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Заказчика или его законного представителя допускается в случаях, установленных ст.13 Федерального закона РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

5. Ответственность сторон

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Заказчика в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Заказчиком неполной информации о своем здоровье.

5.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Заказчиком условий настоящего Договора.

6. Заключительные положения

6.1. При наличии претензии к проведенным обследованиям, консультациям специалистов, лечению и пр. (по мнению Заказчика) Заказчик обязан в тот же день информировать о данном факте лечащего врача и/или заведующего отделением. Все споры по договору стороны стараются урегулировать путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ в суде по месту нахождения Исполнителя.

6.2. 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 НО «Городская больница № 37» на платной основе.

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

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

6.5. Все остальное, что не урегулировано настоящим Договором, регулируется законодательством Российской Федерации.

6.6. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и внесения Заказчиком 100% предоплаты предварительной стоимости медицинских услуг и действителен до полного исполнения сторонами своих обязательств.

6.7. Договор на оказание медицинских услуг заключён в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

6.8. Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе любой из сторон с обязательным предварительным уведомлением другой стороны.

7. Адреса и реквизиты сторон

Исполнитель: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Нижегородской области «Городская больница № 21 Автозаводского района г. Нижнего Новгорода» ОГРН 1025202277066 (свидетельство серия 52 № 001917426), зарегистрировано Нижегородская регистрационная палата
Место нахождения: 603004, г. Нижний Новгород, пр. Ильича, д.1
ИНН 5256031198 КПП 525601001

Заказчик: _____

проживающий по адресу: _____

паспорт серии _____, выдан " _____ " _____ 20__ г.

Страховой медицинский полис _____

Исполнитель: _____

Заказчик: _____



Приложение № 1 к Договору

СОГЛАСИЕ ЗАКАЗЧИКА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____

(Ф.И.О. полностью)

проживающий (ая) по адресу: _____

паспорт серия _____ номер _____, выдан _____

(дата и название выдавшего органа)

« _____ » _____ года рождения,

Этот раздел бланка заполняется только на несовершеннолетних, либо недееспособных лиц

Я, _____

(Ф.И.О. полностью)

проживающий (ая) по адресу: _____

паспорт серия _____ номер _____, выдан _____

(дата и название выдавшего органа)

_____ года рождения, являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель и т.д.) ребенка или лица,

признанного недееспособным _____

(Ф.И.О. недееспособного лица полностью)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие на обработку ГБУЗ НО «Городская больница № 21» (далее — Оператор) моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС, 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.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими (лица, законным представителем которого я являюсь) персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе самостоятельно обрабатывать либо передавать на обработку уполномоченным на то должностным лицам, заключившим соглашение о неразглашении персональных данных, мои (лица, законным представителем которого я являюсь) персональные данные посредством внесения их в информационные системы министерства здравоохранения Новосибирской области, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС на обмен (прием и передачу) моими (лица, законным представителем которого я являюсь) 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 осуществляться лицом, заключившим соглашение о неразглашении персональных данных.

Срок хранения моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты). Передача моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных иным лицам или иное их разглашение, кроме случаев, прямо предусмотренных настоящим соглашением, может осуществляться только с моего письменного разрешения.

Настоящее согласие дано мной « _____ » _____ 201__ г. и действует бессрочно.

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

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

Субъект персональных данных

(законный представитель)

Расписался в моем присутствии:

Врач _____

(подпись) _____

Приложение № 2 к договору

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я, нижеподписавшийся(-ая), _____

(Ф.И.О. Заказчика или законного представителя, дата рождения, адрес)

настоящим подтверждаю, что руководствуясь законодательством об охране здоровья граждан, в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме, проинформирован(а) 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 в том числе:

- 1) первичной медико-санитарной помощи, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной;
- 2) специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной.

Добровольно в соответствии с ФЗ от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", даю свое согласие оказание платных медицинских услуг.

Настоящим также подтверждаю, что я уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) лечащего врача, 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 вплоть до его ухудшения и необратимым последствиям, включая летальный исход.

" _____ " _____ 201__ г.

_____ / _____
подпись Заказчика (законного представителя) / расшифровка подписи

АКТ № _____ от « _____ » _____ 201_ г.
сдачи-приемки работ (оказания услуг)

Мы, ГБУЗ НО «Городская больница № 21», именуемое в дальнейшем «Исполнитель» в лице главного врача Ковалева Г.И., действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин(ка) РФ _____

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик» от _____ другой стороны, составили настоящий акт о том, что Исполнителем были выполнены работы (оказаны следующие услуги) по договору № _____ от _____ » 201_ г. Работы (услуги) выполнены полностью и в срок. Заказчик по объему, качеству и срокам оказания услуг претензий не имеет.



Исполнитель:
Ковалев Г.И.
Ковалева Г.И.

Заказчик:

подпись Заказчик

расшифровка подписи