

Договор № _____

на оказание платных медицинских услуг
(с физическим лицом)

г. Энгельс

« _____ » _____ 202 г

ГАУ СО «Энгельский дом-интернат для престарелых и инвалидов», именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, в лице директора Сафошкина Сергея Владимировича, действующее на основании Устава и лицензии ЛО-64-01-002351 от «14» апреля 2014 года, выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития. Место нахождения лицензирующего органа. г. Саратов. улица Рабочая 155. Телефон 8-845-2-49-17-45. Адрес мест осуществления лицензируемого вида деятельности, выполняемые работы, оказываемые услуги 413124, Саратовская область, г. Энгельс, улица Санаторная, д.3

- При осуществлении доврачебной медицинской помощи по: диетологии, лечебной физкультуре и спортивной медицине, медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым), медицинскому массажу, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, стоматологии ортопедической, физиотерапии.

- При осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи по: акушерству и гинекологии, дерматовенерологии, контролю качества медицинской помощи, неврологии, общественному здоровью и организации здравоохранения, оториноларингологии, офтальмологии, психиатрии, рефлексотерапии, стоматологии, стоматологии ортопедической, терапии, ультразвуковой диагностике, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии. с одной стороны и

именуемый(ая) в

дальнейшем **Пациент**, с другой стороны, вместе именуемые **Стороны**, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1 Настоящий договор определяет порядок и условия оказания платных медицинских услуг. Пациент получает, а исполнитель обязуется оказать Пациенту медицинскую(ие) услугу(и) _____

1.2. Срок оказания платной медицинской услуги _____

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязан:

- обеспечить Пациента бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о местонахождении лечебного учреждения (месте его государственной регистрации), режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения о льготах для отдельных категориях граждан, а также сведения о лицензии и сертификате лечебного учреждения, квалификации и сертификации специалистов, оказывающих платные медицинские услуги;

- оказывать Пациенту квалифицированную, качественную медицинскую помощь в установленный договором срок;

- оказывать только те платные медицинские услуги, которые предусмотрены лицензией, сертификатом и Утвержденным Перечнем медицинских услуг.

2.2. Гарантийный срок и срок службы на оказываемые медицинские услуги составляет _____

Исполнитель выполняет гарантийные обязательства при условии соблюдения Пациентом следующих требований:

- выполнить весь согласованный план лечения;

- не проводить в других учреждениях коррекцию работы, выполненной Исполнителем, за исключением ситуаций, связанных с оказанием неотложной стоматологической помощи;

- в случае обращения за неотложной стоматологической помощью в другие лечебные учреждения предоставлять оттуда выписку из медицинской карты, рентгеновские снимки и результаты обследования и лечения на иных носителях.

Гарантийные обязательства не сохраняются при возникновении в период гарантийного срока форс-мажорных обстоятельств (беременность, возникновение новых заболеваний или вредных внешних воздействий, в т.ч. длительный прием лекарственных препаратов при лечении других заболеваний), которые напрямую или косвенно приводят к изменению в зубах или окружающих тканях.

2.3. Исполнитель имеет право:

- в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза и оказания медицинской помощи, в том числе не предусмотренных договором.

2.4. Пациент обязан:

- предоставить точную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

- строго выполнять медицинские предписания;

- соблюдать лечебно-охранительный режим;

- своевременно производить необходимые финансово-экономические расчеты с лечебным учреждением.

2.5. Пациент имеет право:

- на предоставление полной и достоверной информации о медицинской услуге;

- ознакомиться с документами, подтверждающими специальную правоспособность лечебного учреждения и его специалистов на оказание платной медицинской услуги;

- на возмещение вреда в случае ненадлежащего оказания медицинской услуги;

- отказаться от получения медицинской услуги и получить обратно сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуги.

2.6. С учетом самой технологии выполнения медицинской услуги Пациент должен знать и осознавать вероятность (но не обязательность) побочных эффектов медицинского вмешательства и осложнений, что может причинить вред здоровью Пациента.

Возможны осложнения и побочные эффекты:

- аллергические реакции (крапивница, отек Квинке, анафилактический шок) на введение медицинских препаратов, постинъекционные осложнения (инфильтраты, флебиты);
- осложнения при проведении диагностических и лечебных исследований и манипуляций (гипотония, бронхоспазм, повреждение полового, паренхиматозного органа, кровотечение и др.), которые могут потребовать проведения интенсивных терапевтических мероприятий или экстренного хирургического вмешательства;
- осложнения при проведении планового или экстренного оперативного вмешательства, связанные с индивидуальными особенностями организма больного, которые могут привести к изменению объема оперативного вмешательства в ходе операции;
- послеоперационные осложнения (кровотечения, острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, тромбоэмболия легочной артерии, послеоперационная пневмония, гнойно-септические осложнения, нагноение послеоперационного шва, перитонит, плеврит, паранефрит, флегмона и др.), которые могут потребовать повторного оперативного вмешательства.

2.7. Исполнитель не несет ответственности за наступление осложнений, если медицинская услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований и осложнения возникли в связи с тем, что побочные эффекты и осложнения, перечисленные в п. 2.5. настоящего договора, возникают вследствие биологических особенностей организма и используемая технология оказания платной медицинской услуги не может полностью исключить их вероятность.

3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

3.1. В случае ненадлежащего оказания медицинской услуги или несоблюдения Исполнителем обязательств по срокам исполнения услуг Пациент вправе по своему выбору потребовать:

- безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги;
- соответствующего уменьшения цены оказанной услуги;
- потребовать исполнения услуги другими специалистом;
- назначить новый срок оказания услуги.

3.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения Пациентом своих обязанностей или по другим основаниям, предусмотренным законодательством.

3.3. Пациент обязан полностью возместить медицинскому учреждению понесенные убытки, если оно не смогло оказать услугу или было вынуждено прекратить по вине Пациента.

4. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

4.1. Расчеты между сторонами осуществляются по факту выполнения услуги в течении 3-х календарных дней.

4.2. Общая стоимость медицинских услуг, предоставляемых Пациенту, составляет:

(сумма прописью)

4.3. Оплата медицинской услуги производится наличными в кассу лечебного учреждения, или безналичным перечислением на расчетный счет лечебного учреждения.

4.4. При возникновении необходимости выполнения дополнительных услуг, не предусмотренных договором, они выполняются с согласия Пациента с оплатой по утвержденному Прейскуранту.

4.5. Исполнитель обязан выдать Пациенту бланк - квитанцию строгой отчетности установленного образца при расчетах с населением без применения контрольно-кассовых машин.

5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

5.1. Стороны берут взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего Договора, а так же обязуются принимать все необходимые меры, чтобы избежать даже частичного нарушения конфиденциальности.

5.2. Стороны несут ответственность за последствия, вызванные нарушением обязательств по конфиденциальности, независимо от того, было ли это нарушение совершено преднамеренно или случайно.

5.3. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанное по настоящему договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой стороны. Те же действия, осуществляемые в отношении сведений, составляющих врачебную тайну, возможны исключительно в случаях, регламентированных действующим законодательством.

5.4. В отделении платных услуг разъяснено и понятно мое право на получение бесплатной медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий. Подтверждаю свое добровольное согласие на получение платной медицинской помощи по данному договору _____ подпись.

6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

6.1. Условия настоящего Договора могут быть изменены по письменному соглашению Сторон.

6.2. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, или по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

8. Все споры и разногласия решаются путем переговоров, проведения независимой экспертизы и в судебном порядке.

9. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель:

ГАУ СО «Энгельсский дом-интернат для престарелых и инвалидов»

(наименование ЛПУ)

Адрес: 413124 Саратовская область, г. Энгельс, улица Санаторная, д. 3

Тел/факс: 8-845-3-56-36-41

Р/с 03224643630000006001 Отделение Саратов// УФК по Саратовской области г. Саратов

КПП 644901001 ,ОГРН 1026401979130

ИНН 6449016286

БИК 016311121

Директор

Сафошкин Сергей Владимирович

(подпись)

(Ф.И.О.)

Пациент:

(Ф.И.О)

Адрес:

Тел.

Паспорт серия №

Выдан

« »

« »г.

Пациент

(подпись)

(Ф.И.О.)

