

**Договор
предоставления платных медицинских услуг**

г. Ставрополь

дата

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края «Краевой клинический кожно-венерологический диспансер», действующее на основании лицензии на медицинскую деятельность регистрационный № ЛО41-00110-26/00590324 выдана Министерством здравоохранения Ставропольского края 30.12.2020г. бессрочно, ОГРН 1022601954968, ИНН 2633002915, в лице заведующего хозрасчетным отделением.— врача-дерматовенеролога Латышева О.А., действующего на основании доверенности № 05 от 11.09.2023, именуемое в дальнейшем "Исполнитель", с одной стороны, и

ФИО ПАЦИЕНТА

(учитывая анонимность, указывается код или фамилия)

именуемый (ая) в дальнейшем "Потребитель (Заказчик)", с другой стороны, совместно именуемые Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет и срок действия договора

1.1. «Исполнитель» обязуется предоставить "Потребителю (Заказчику)" платные медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации в виде профилактической и лечебно-диагностической помощи или в виде отдельных технологий

| Наименование услуги | Количество, шт | Сумма за услуги, руб. |
|---------------------|----------------|-----------------------|
| услуга | кол усл | сумма усл |

а "Потребитель (Заказчик)" обязуется своевременно оплатить стоимость предоставляемых медицинских услуг, а также выполнять требования, предъявляемые «Исполнителем», направленные на обеспечение качественного предоставления медицинских услуг, включая сообщение необходимой для оказания медицинских услуг информации.

1.2. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

1.3. Срок оказания платной медицинской услуги - в течение 10 календарных дней со дня заключения договора. В случае невозможности оказания услуги в указанные срок, Стороны определяют новый срок оказания услуги.

1.4. «Исполнитель» в соответствии с пунктом 1.1 настоящего Договора оказывает медицинские услуги по настоящему Договору в помещениях, расположенных по адресам: г. Ставрополь, ул. Дзержинского, 91; г. Ставрополь, ул. Достоевского, 52.

1.5. Срок действия Договора предоставления платных медицинских услуг – со дня заключения до полного исполнения Сторонами обязательств по договору.

2. Цена, порядок и сроки расчетов сторон

2.1. Стоимость медицинских услуг по договору составляет **ИТОГО рублей.**

2.2. Оплата услуг «Исполнителя» по настоящему Договору производится «Потребителем (Заказчиком)» наличными денежными средствами или в безналичной форме по ценам в соответствии с утвержденными «Исполнителем» тарифами. Перечень и стоимость медицинских услуг, предоставляемых "Потребителю (Заказчику)" утверждается «Исполнителем».

2.3. При оказании «Исполнителем» медицинских услуг "Потребитель (Заказчик)" согласен оплатить предоставляемые медицинские услуги в порядке предоплаты.

2.4. Оплата услуг, оказанных «Пациенту» «Исполнителем», производится в российских рублях.

3. Права и обязанности сторон

3.1. «Исполнитель» вправе:

3.1.1. Получить от «Потребителя (Заказчика)» оплату за оказанные медицинские услуги.

3.1.2. Требовать от «Потребителя (Заказчика)» предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему медицинских услуг.

3.1.3. В одностороннем порядке отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору, полностью урегулировав все финансовые вопросы с «Потребителем (Заказчиком)».

3.2. «Исполнитель» обязан:

3.2.1. Своевременно и качественно оказывать медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

3.2.2. При оказании медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению российским законодательством.

3.2.3. Обеспечить «Потребителя (Заказчика)» информацией, включающей сведения об имеющемся у «Исполнителя» разрешении (лицензии), о месте оказания медицинских услуг, режиме работы, перечне оказываемых платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, сведения о квалификации и сертификации специалистов, Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам РФ на территории Ставропольского края бесплатной медицинской помощи.

3.2.4. Обеспечить выполнение принятых на себя по настоящему Договору обязательств силами собственных специалистов.

3.2.5. Хранить информацию, содержащуюся в медицинских документах «Потребителя (Заказчика)», в тайне (врачебная тайна) и не предоставлять ее третьим лицам, за исключением случаев, предусмотренных разделом 4 настоящего Договора.

3.2.6. «Исполнитель» обязан информировать «Потребителя (Заказчика)» о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, о степени эффективности диагностических методов исследования, о наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, о возможных случаях резистентности к проводимой терапии, о связанных с лечением рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

3.2.7. «Исполнитель» после исполнения договора по требованию «Потребителя», его законного представителя, обязан выдать медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях. Копии медицинских документов, выписки из медицинских документов выдаются в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения РФ.

3.2.8. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, «Исполнитель» обязан предупредить об этом «Потребителя (Заказчика)». Без оформления дополнительного соглашения к договору либо нового договора с указанием конкретных медицинских услуг и их стоимости «Исполнитель» не вправе предоставлять медицинские услуги на возмездной основе.

3.3. «Потребитель (Заказчик)» вправе:

3.3.1. Получать полную информацию, указанную в пунктах 3.2.3, 3.2.6 настоящего договора.

3.3.2. В одностороннем порядке отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору, оплатив «Исполнителю» фактически понесенные им расходы.

3.4. «Потребитель (Заказчик)» обязан:

3.4.1. Предоставить «Исполнителю» информацию, необходимую для установления диагноза и определения методов лечения.

3.4.2. Своевременно и в полном объеме оплачивать оказанные ему «Исполнителем» услуги.

3.4.3. Надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора и своевременно информировать «Исполнителя» о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению «Потребителем (Заказчиком)» условий настоящего Договора.

3.4.4. В период оказания услуг неукоснительно выполнять все требования специалистов «Исполнителя», касающиеся курса лечения.

3.4.5. Получать назначенные инъекции и физиопроцедуры в хозрасчетном отделении ГБУЗ СК КККВД (г. Ставрополь, ул. Дзержинского, 91) с понедельника по пятницу с 08.00 до 18.00, в субботу с 9.00 до 13.00, в воскресенье в процедурном кабинете 1 и 2 венотделения ГБУЗ СК КККВД (г. Ставрополь, ул. Достоевского, 52) с 9.00 до 15.00.

4. Конфиденциальность отношений сторон

4.1. «Исполнитель» обязуется хранить в тайне информацию о факте предоставления медицинской услуги «Потребителю (Заказчику)», состоянии здоровья «Потребителя (Заказчика)» его диагнозе и иные сведения, полученные «Исполнителем» при обследовании «Потребитель (Заказчик)» и его лечении в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.2. С согласия «Потребителя (Заказчика)» или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, третьим лицам в интересах обследования и лечения «Потребителя (Заказчика)».

4.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия «Потребителя (Заказчика)» или его законного представителя допускается в целях обследования и лечения «Потребителя (Заказчика)», неспособного из-за своего состояния выразить свою волю и в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

5. Ответственность сторон

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнения обязательств по Договору Стороны несут ответственность в соответствии с нормами действующего законодательства РФ.

5.2. В случае предоставления «Потребителю (Заказчику)» медицинской услуги ненадлежащего объема и качества, либо в ненадлежащий срок «Исполнитель» несет ответственность в соответствии с Законом РФ «О защите прав потребителей».

5.3. В случае несоблюдения рекомендаций специалиста «Потребителем (Заказчиком)» «Исполнитель» освобождается от ответственности за качество проводимого лечения.

6. Освобождение от ответственности (форс-мажор)

6.1. Сторона, не исполнившая или ненадлежащим образом исполнившая свое обязательство по настоящему Договору, будет освобождена от ответственности в случае, если такое неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло в результате наступления чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств, то есть обстоятельств непреодолимой силы, за наступление которых ни одна из Сторон не отвечает и которые Стороны не могли и не должны были предвидеть и не смогли предотвратить, несмотря на предпринятые Сторонами попытки их предотвращения (пожары, наводнения, ураганы, военные действия).

7. Расторжение или изменение условий договора

7.1. Настоящий Договор может быть изменен или расторгнут Сторонами в период его действия на основе их письменного соглашения. Обязательства Сторон по настоящему Договору считаются измененными или прекращенными с момента подписания соглашения об изменении или расторжении настоящего Договора.

8. Рассмотрение споров

8.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, разрешаются сторонами путем переговоров.

8.2. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров спор подлежит разрешению в соответствии с законодательством Российской Федерации.

9. Заключительные положения

9.1. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах (в случае заключения договора с «Заказчиком», в трех экземплярах), каждый из которых имеет одинаковую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

9.2. При исполнении настоящего Договора Стороны руководствуются действующим российским законодательством, регулирующим предоставление платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями.

9.3. Все дополнения и изменения к настоящему Договору являются действительными, если они составлены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами.

10. Реквизиты и подписи сторон

| «Исполнитель» | «Потребитель (Заказчик)» |
|---|--|
| Наименование организации: ГБУЗ СК «Краевой клинический кожно-венерологический диспансер» | Фамилия, имя, отчество (для юридического лица – наименование) <u>ФИО ПАЦИЕНТА</u> |
| Юридический адрес: г. Ставрополь, ул. Достоевского, 52 . тел/факс: 28-69-50, 27-13-56 | Адрес места жительства (для юридического лица – адрес места нахождения) <u>Адрес ПАЦИЕНТА</u> |
| Заведующий хозрасчетным отделением — врач-дерматовенеролог | Телефон: <u>Телефон ПАЦИЕНТА</u> |
| | _____ |
| | _____ |

Акт к договору предоставления платных медицинских услуг

г. Ставрополь

дата

ГБУЗ СК «Краевой клинический кожно-венерологический диспансер» в лице заведующего хозрасчетным отделением.— врача-дерматовенеролога Латышева О.А., действующего на основании доверенности № 05 от 11.09.2023 и именуемого в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и ФИО ПАЦИЕНТА, именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель» («Заказчик»), с другой стороны, вместе именуемые Стороны, в подтверждение факта оказания платных медицинских услуг составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. «Исполнителем» оказаны в полном объеме, а «Потребителем» («Заказчиком») получены и оплачены медицинские услуги, указанные в п. 1.1. Договора предоставления платных медицинских услуг.

2. Услуги оказаны качественно, с соблюдением установленных сроков.

3. Стороны претензий друг к другу не имеют.

4. Медицинские документы, отражающие состояние здоровья после получения платных медицинских услуг (выписка, справка, результат исследования и пр.) выданы «Потребителю» («Заказчику»).

Исполнитель

Потребитель (Заказчик)

Заведующий хозрасчетным отделением —
врач-дерматовенеролог

_____/О.А. Латышев /

_____/

/

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

(основание: ст. 13,20,22,27 Федерального закона РФ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ФЗ № 152 от 27.07.2006 г. «О персональных данных»)

Я, ФИО пациента _____ др. пациента _____ года рождения, согласно моей воле получил(а) подробное разъяснение по поводу диагноза, особенностей течения моего заболевания, вероятной длительности лечения и прогнозу. Мне даны полные разъяснения по плану обследования и лечения (разъяснены возможные варианты медицинского вмешательства, связанные с ними риск и их последствия). Я обязуюсь поставить в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, о наличии аллергических проявлений или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов.

Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями, диагностических исследований: анализа крови общего, иммунологического и биохимического, исследований крови на сифилис, вирус иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, исследований (бактериоскопических, бактериологических, ПЦР) на инфекции передаваемые половым путем, бактериологических, бактериоскопических исследований при инфекционно-паразитарных поражениях кожи, цитологических исследований при заболеваниях кожи, общего анализа и других исследований мочи, кала электрокардиографии; проведения рентгеновских, ультразвуковых исследований и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, наружного лечения, диагностических пункций, физиотерапевтических процедур. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно, что потребует взятия отдельного информированного согласия _____

(подпись)

Я извещен(а) об обязанности соблюдать: режим в ходе лечения, регулярно принимать назначенные препараты, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с лечащим врачом прием любых, не прописанных препаратов (например, для лечения простуды, головной боли и т. д.) правила поведения пациента в медицинских организациях.

(подпись)

Мне известно, что отказ от лечения, несоблюдение рекомендации врача, режима приема препарата, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я получил(а) информацию об альтернативных методах лечения и имел(а) возможность задать любые интересующие вопросы касательно моего заболевания и лечения, получил(а) на них понятные мне ответы. С предложенным планом лечения и обследования согласен(на).

(подпись)

Я согласен(на) на осмотр по показаниям врачами других специальностей, сотрудниками кафедры, студентами, врачами-интернами, клиническими ординаторами, аспирантами СтГМУ исключительно в медицинских, научных или обучающих целях, с учетом сохранения врачебной тайны.

(подпись)

Я даю согласие на сбор, накопление, хранение, изменение, использование и компьютерную обработку моих персональных данных, полученных в ходе обследования и лечения, а также передачу этих данных в страховую медицинскую организацию и в Фонд обязательного медицинского страхования в соответствии с Федеральным законом «О персональных данных» от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состояния лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть).

(ФИО гражданина кому может быть передана информация, контактный телефон)

(подпись пациента, контактный телефон)

(ФИО медицинского работника, подпись)

(дата оформления)

Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство и предоставление платных медицинских услуг

На основании ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 г № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» я, ф.и.о. пациента желаю получить платные медицинские услуги в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Ставропольского края «Краевой клинический кожно-венерологический диспансер» (ГБУЗ СК КККВД).

Я получил(а) от сотрудников ГБУЗ СК КККВД полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках системы обязательного медицинского страхования и Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Ставропольского края и даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов(а) полностью их оплатить.

Я совершенно осознанно понимаю, что могу воспользоваться нормами Конституции Российской Федерации, декларирующей мне право на бесплатную медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения. В данном случае, я использую право расширенной свободы выбора при получении медицинской услуги и выбираю альтернативный вариант её получения на платной основе.

Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

Мне разъяснено, и я осознаю, что проводимое мне лечение не гарантирует 100% результат, что в процессе лечения, а также после него возможны различные осложнения.

Я согласен с тем, что используемая 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, ГБУЗ СК КККВД не несет ответственности за их возникновение.

Мною добровольно, без какого-либо принуждения выбраны виды медицинских услуг, которые я хочу получить в ГБУЗ СК КККВД на платной основе и согласен (на) оплатить их.

Я ознакомлен(на) с действующим в ГБУЗ СК КККВД прейскурантом и согласен(на) оплатить стоимость выбранных медицинских услуг в соответствии с ним за счет своих личных средств и иных источников дохода, не запрещенных действующим законодательством.

Я проинформирован(на), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях и подтверждаю свое согласие на получение выбранных медицинских услуг именно в ГБУЗ СК КККВД.

Я ознакомлен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и полностью понятны.

_____ Потребитель

_____ пациент

Уведомление потребителя (заказчика) о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) учреждения

г. Ставрополь

_____ дата

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края «Краевой клинический кожно-венерологический диспансер» уведомляет Ф.И.О. пациента о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) учреждения (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.

С уведомлением ознакомлен, экземпляр на руки получил до заключения договора на предоставления платных медицинских услуг.

_____ ф.и.о. пациента _____ дата
(учитывая анонимность, указывается код или фамилия, подпись, дата)