

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг

г. Ижевск _____ 2023года
Бюджетное учреждение здравоохранения Удмуртской Республики «Республиканский клиничко-диагностический центр Министерства здравоохранения Удмуртской Республики» свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 18 « 1180512, выдано Инспекцией МНС России по Первомайскому району г. Ижевска Удмуртской Республики, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», сотрудник _____, действующий на основании приказа 05-04/243 от 20.09.2022, с одной стороны и гражданин(ка) _____, именуемый(я) в дальнейшем Пациент (карта пациента № _____), с другой стороны, заключили настоящий договор (далее – Договор) о нижеследующем:

1. Предмет договора.

1.1. Исполнитель, в соответствии с установленными профессиональными (медико-экономическими) стандартами, лицензией № ЛО-18-01-002532 от 24.09.2018г., выданной Минздравом Удмуртии г.Ижевск, пер.Иетерациональный, д.15, (далее – лицензия), тарифами на медицинские услуги Исполнителя, размещенными в сети Интернет и на информационных стендах Исполнителя, оказывает Пациенту следующую медицинскую услугу: обследование; стационарное лечение; амбулаторное лечение; проведение лечебных процедур; консультацию или иное, а именно: _____

1.1. Исполнитель, в соответствии с установленными профессиональными (медико-экономическими) стандартами, лицензией № ЛО-18-01-002532 от 24.09.2018г., выданной Минздравом Удмуртии г.Ижевск, пер.Иетерациональный, д.15, (далее – лицензия), тарифами на медицинские услуги Исполнителя, размещенными в сети Интернет и на информационных стендах Исполнителя, оказывает Пациенту следующую медицинскую услугу: обследование; стационарное лечение; амбулаторное лечение; проведение лечебных процедур; консультацию или иное, а именно: _____
именуемая в дальнейшем – Услуга, а Пациент обязуется оплатить Услугу.
1.2. Услуга оказывается Исполнителем Пациенту на основании получения последним полной информации о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг в учреждении Исполнителя, в рамках гарантированного законодательством объема бесплатной медицинской помощи, в случае если она включена в Территориальную программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Удмуртской Республике.
1.3. Оплата стоимости Услуги в кассу Исполнителя, является согласием Пациента на получение Услуги на условиях, установленных настоящим договором и доказательством заключения сторонами в письменной форме договора на оказание платных медицинских услуг, путем публичной оферты.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязуется:
2.1.1. Оказать услугу в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, со дня подписания договора пациентом в течение 60 календарных дней.
2.1.2. При обследовании выдать Пациенту заключение о результатах обследования, а после проведения лечения выдать Пациенту выписку из истории болезни.
2.1.3. Исполнитель обязуется сохранить конфиденциальность информации о состоянии здоровья Пациента.
2.1.4. Информировать Пациента о предлагаемых методах обследования и (или) лечения, возможности развития осложнений при проведении лечебно-диагностических мероприятий.
2.1.5. Не допускать неоправданных расходов на обследование и (или) лечение Пациента.
2.1.6. При оплате Пациентом Услуги выдать кассовый чек.
2.1.7. Ознакомить Пациента с перечнем медицинских услуг (тарифами на медицинские услуги), оказываемых учреждением в соответствии с лицензией.
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 договором.
2.2.2. Определять длительность лечения и (или) объем лечебно-диагностических услуг и (или) необходимость перевода в отделение профиля соответствующего состояния 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 не оплате Услуги Пациентом;
- при предоставлении Пациентом неполных и (или) недостоверных сведений, связанных со здоровьем;
- при нарушении Пациентом правил внутреннего распорядка, не выполнении медицинских назначений.
2.3 Пациент обязуется:
2.3.1. Оплатить Услугу в порядке, установленном пунктом 3.2 настоящего договора.
2.3.2. До начала оказания Услуги информировать Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях и всю иную информацию, связанную с его здоровьем, необходимую для оказания Услуги.
2.3.3. Полностью возместить Исполнителю понесенные убытки, если Услуга не могла быть оказана или ее оказание было прервано по вине Пациента.
2.3.4. Соблюдать правила внутреннего распорядка Исполнителя, выполнять все назначения, рекомендации и советы медицинского персонала Исполнителя и (или) являться на процедуры и (или) диагностические исследования в назначенное время, соблюдать правила санитарно-эпидемиологического режима.
2.3.5. В случае согласия на получение Услуги в виде стационарного или амбулаторного лечения, ознакомиться и подписать информированное согласие на получение Услуги (Приложение № 1 к настоящему договору).

2.4. Пациент имеет право:

2.4.1. Отказаться от исполнения договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесённых им расходов. Уплаченная Пациентом на оказание Услуги сумма подлежит возврату Пациенту в случае невозможности оказания Услуги по независящим от сторон обязательствам.
2.4.2. Получать информацию о состоянии своего здоровья, ходе обследования и (или) лечения, стоимости иных услуг, необходимость проведения, которых возникла в ходе оказания Услуги.
2.4.3. Получать Услуги, предусмотренные в Тарифах, на медицинские услуги Исполнителя и не указанные в пункте 1.1 настоящего договора.
2.4.4. Я проинформирован, что в праве получить кассовый чек в электронной форме на предоставленный мною абонентский номер либо адрес электронной почты (при наличии технической возможности для передачи информации покупателю (клиенту) в электронной форме на адрес электронной почты), в случае предоставления их мной до момента расчета за предоставляемую услугу.

3. Стоимость Услуг, срок и порядок расчета.

3.1. Стоимость Услуги, в соответствии с действующим Тарифами на медицинские услуги Исполнителя, составляет _____ руб (_____ руб. 00 копеек).
3.2. Оплата услуги осуществляется Пациентом в порядке 100% предоплаты – до получения Услуги путем внесения денежных средств в кассу в день заключения настоящего договора.
3.3. При возникновении необходимости выполнения дополнительных услуг по результатам обследования и лечения общая стоимость Услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Пациента, что оформляется новым договором на оказание платных медицинских услуг и оплатой стоимости таких дополнительных Услуг.
3.4. В случае если стоимость Услуги окажется меньше суммы, уплаченной Пациентом, Исполнитель возвращает неиспользованные денежные средства Пациенту не позднее 5-ти рабочих дней со дня окончания предоставления Услуги в той же форме, в которой Пациент их оплатил.

4. Ответственность сторон.

4.1. В случае не оплаты Пациентом Услуги на условиях, указанных в разделе 3 настоящего договора, Исполнитель имеет право отказать Пациенту в оказании Услуги до ее оплаты.
4.2. Споры, связанные с исполнением договора, стороны разрешают путем переговоров.
4.3. Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством.
4.4. При предоставлении Пациентом анализов и заключений иных медицинских учреждений, Исполнитель исходит из добросовестности Пациента и 3-х лиц и не несет ответственности за свои действия, основанные на этих данных в случае их несоответствия действительности.
4.5. При стационарном лечении Исполнитель не отвечает за имущество Пациента, не сдачное на хранение.
4.6. Исполнитель не отвечает за осложнения, возникшие вследствие индивидуальных особенностей Пациента, если Услуга оказана с соблюдением технологических стандартов и порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций.
4.7. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств, если докажет, что это произошло вследствие действий непреодолимой силы или нарушения Пациентом требований п.2.3.2. настоящего договора, а также в случае несоблюдения Пациентом рекомендаций Исполнителя.

5. Качество услуги

5.1. Качество оказания Услуг определяется соблюдением требований стандартов и порядков оказания медицинской помощи, национальных рекомендаций.
5.2. Пациент вправе предъявить требования, связанные с недостатками оказанной Услуги в пределах сроков , установленных Законом «О защите прав потребителей».

6. Срок действия договора

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и прекращается получением Пациентом Услуги (подтверждением получения пациентом Услуги является Заключение по результатам диагностического обследования, консультативной помощи или Выписки из истории болезни), или в случаях, указанных в п. 2.2.3 настоящего договора.
6.2. Стороны договорились, что в процессе исполнения условий настоящего Договора связь с Пациентом может осуществляться посредством SMS-сообщения и/или по электронной почте. Автоматическое уведомление программными средствами о получении таких сообщений считается надлежащим уведомлением.
6.3. Стороны вправе расторгнуть настоящий договор по соглашению сторон, либо при наступлении условий предусмотренных настоящим Договором, либо в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.
6.4. Все споры и разногласия между Исполнителем и Пациентом решаются путем переговоров. В случае не урегулирования спора мирным путем, стороны вправе обратиться в суд общей юрисдикции по месту нахождения Исполнителя, в порядке, определенном действующим законодательством РФ.

7. Адреса и реквизиты сторон

Исполнитель

Пациент

Бюджетное учреждение здравоохранения Удмуртской Республики «Республиканский клиничко-диагностический центр Министерства здравоохранения Удмуртской Республики» 426009, г. Ижевск, ул. Ленина, 87 Б
centr.adm@rkd-c-mz.udmr.ru
ОГРН 1021801651321
ИНН 1835052473 КПП 184001001
Минфин УР (БУЗ УР «РКДЦ МЗ УР») л/с 20855721630
Отделение -НБ УР Банка России
УФК по УР г. Ижевска к/с 0322464394000001300

ФИО _____
адрес _____

тел. _____
e-mail _____

_____/_____/_____

_____/_____/_____

Приложение к договору на оказание платных медицинских услуг

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные 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, _____, _____ года рождения полностью без какого-либо внешнего давления даю бессрочное информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные 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 РФ от 23.04.2012г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции РФ 05.05.2012г. №24082) (далее-Перечень*), для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, в БУЗ УР «РКДЦ МЗ УР».

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, о применяемых при лечении лекарственных средствах, противопоказаниях к их применению. Перечень видов медицинских вмешательств*, проводимых в отношении меня в период получения медицинских услуг в настоящей медицинской организации. 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 от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

Я прочитал (ла) и понимаю всё, о чем говориться в данном информационном согласии. На все свои вопросы я получил (ла) от врача в доступной мне форме ответы, которые мне понятны.

« _____ » _____ 2023
(подпись) (Ф.И.О.)

*Перечень, утвержденный Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ (Минздравсоцразвития России) от 23.04.2012 г. №390н включает в себя следующие виды медицинских вмешательств:

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 органов зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органов 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, сточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахметрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, 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, внутривожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

15. Согласие на обработку персональных данных.

Согласно Федерального закона Российской Федерации от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», в соответствии ст. 13, Федерального закона Российской Федерации №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

Обработка персональных данных осуществляется в целях медико- профилактических, охраны жизни и здоровья граждан, установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг.

Перечень персональных данных: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, контактные телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), семейное положение, место работы, профессия, данные о состоянии здоровья и данные которые могут быть необходимы в целях диагностики, лечения, профилактики распространения инфекций.

Перечень действий с персональными данными: сбор, систематизация, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, распространение (в том числе и передача), обезличивание, блокирование, уничтожение.

Срок, в течении которого действует согласие: соответствует сроку хранения медицинской карты Пациента.

Я, _____, _____ года рождения, паспорт серии _____ выдан МВД по УР, _____, зарегистрированный (ая)/ проживающий(ая) по адресу: г. _____, ул. _____, д. _____, кв. _____, даю свое согласие:

- на обработку персональных данных пациента, указанных выше;

- на проведение ведомственной и вневедомственной экспертизы трудоспособности и качества медицинской помощи по первичной медицинской/документации пациента согласен.

« _____ » _____ 2023
(подпись) (Ф.И.О.)

Главному врачу БУЗ УР «РКДЦ МЗ УР»
Рячикову С.Н.
от пациента _____,
проживающего _____ по адресу:

ЗАЯВЛЕНИЕ
об оказании платных медицинских услуг

Прошу оказать мне платные медицинские услуги.

Настоящим подтверждаю, что я проинформирован(а) медицинским работником данного учреждения здравоохранения медицинской сестрой о возможности получения мной (моим ребенком) на безвозмездной основе медицинских услуг в течение 14 дней, в рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Удмуртской Республики. Кроме того, я проинформирован(а) медицинским работником данного учреждения здравоохранения медицинской сестрой о возможности получения мной (моим ребенком) платных медицинских услуг.

по цене _____,00 руб. (_____)
вне порядка и условий, установленных Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Удмуртской Республики.

С Перечнем (Тарифами на медицинские услуги) медицинских услуг, оказываемых Исполнителем в соответствии с лицензией, ознакомлен(а).

Сравнив возможность получения медицинских услуг на безвозмездной и платной основе, я добровольно и сознательно выбираю указанные выше платные медицинские услуги.

Подпись пациента _____ / _____

_____ 20__ года