

ОБРАЗЕЦ договора на лечение (обследование) в стационаре

Я, -----, проживающий(ая) по адресу: -----, паспорт: серия XXXX № XXXXXX, выдан: -----, XX.XX.XXXXг., уведомлен(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья, и согласен(на) заключить Договор на оказание платных медицинских услуг.

XX месяц XXXXг. _____ (-----)

ДОГОВОР № XXXXXX

на оказание платных медицинских услуг физическим лицам

г. Череповец

XX месяц XXXXг.

БУЗ ВО "Вологодская областная больница №3", лицензия¹ на осуществление медицинской деятельности № Л041-01135-35/00570248 выдана министерством здравоохранения Вологодской области 27.02.2020г., срок действия: бессрочно, в лице регистратора отдела платных услуг -----, действующего на основании Доверенности -----, именуемое в дальнейшем "Исполнитель", с одной стороны, и гражданин(ка) -----, проживающий(ая) по адресу: -----, паспорт: серия XXXX № XXXXXX, выдан: ----- XX.XX.XXXXг., именуемый(ая) в дальнейшем "Потребитель", с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем.

1. Предмет договора

1.1. Потребитель поручает, а Исполнитель берет на себя обязательство в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023г. №736 оказать Потребителю медицинские услуги (далее Услуги), отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ.

1.2. Рекомендованный лечащим врачом Перечень услуг, сроки их исполнения указаны в Приложении №1 к настоящему Договору, являющемся его неотъемлемой частью. Перечень услуг является примерным. При возникновении непредвиденных (форсмажорных) обстоятельств (выход из строя оборудования, болезнь врача и т.п.) по согласованию с Потребителем сроки оказания услуг могут быть изменены.

2. Стоимость услуг и порядок оплаты

2.1. Стоимость медицинских услуг, оказываемых Потребителю, устанавливается в соответствии с Приложением №1 к Договору на основании действующего на момент оказания услуг Прейскуранта Исполнителя, и составляет **XX XXX,00 руб.** (----- рублей 00 копеек).

2.2. Оплата медицинских услуг осуществляется Потребителем при подписании Договора одним из следующих способов:

- путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя;
- безналичным путем с использованием банковской карты через платежный терминал, установленный в кассе Исполнителя;
- дистанционно посредством использования сети "Интернет" (при наличии у Исполнителя технической возможности заключения договора и осуществления оплаты дистанционным способом).

По согласованию Сторон допускается оплата после оказания услуг, в день их оказания (только в случаях, когда при заключении Договора Потребителем предоставлен документ, удостоверяющий личность). Если режим работы кассы Исполнителя не позволяет произвести оплату в день оказания услуг, оплата производится на следующий после дня оказания услуг рабочий день кассы.

2.3. В случае, если по результатам обследования и лечения Потребителя, возникнет необходимость в оказании дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим Договором, с согласия Потребителя с ним заключается новый договор на оказание медицинских услуг.

2.4. При оказании медицинских услуг, в цену которых не включена стоимость каких-либо расходных материалов, Потребитель приобретает указанные расходные материалы самостоятельно за счет личных средств.

3. Права и обязанности

3.1. Потребитель обязуется:

3.1.1. Оплатить указанные в Приложении №1 к Договору медицинские услуги в размере и порядке согласно разделу 2 настоящего Договора;

3.1.2. До назначения курса лечения сообщить лечащему врачу все сведения о наличии у него других заболеваний, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, известных ему аллергических реакциях, а также другую информацию, влияющую на оказание медицинских услуг, указанных в Приложении №1 к настоящему Договору;

3.1.3. Точно выполнять все назначения лечащего врача и требования медицинского персонала Исполнителя во время всего курса лечения (обследования);

3.1.4. Соблюдать график назначенных процедур, исследований, приемов врачей-специалистов;

3.1.5. Соблюдать Правила внутреннего распорядка для пациентов в БУЗ ВО "Вологодская областная больница №3";

3.1.6. При прохождении курса лечения (обследования) сообщать лечащему врачу о любых изменениях самочувствия;

¹ В соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности БУЗ ВО "Вологодская областная больница №3" оказывает услуги по: акушерскому делу; акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности); акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); анестезиологии и реаниматологии; бактериологии; вакцинации (проведению профилактических прививок); гастроэнтерологии; гематологии; гигиеническому воспитанию; дезинфектологии; дерматовенерологии; диетологии; инфекционным болезням; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; клинической фармакологии; колопроктологии; лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; лечебной физкультуре и спортивной медицине; мануальной терапии; медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); медицинским осмотрам (предменным, послесменным); медицинским осмотрам профилактическим; медицинской статистике; медицинскому массажу; медицинскому освидетельствованию кандидатов в усыновители, опекуны (попечители) или приемные родители; медицинскому освидетельствованию на выявление ВИЧ-инфекции; медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием; медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством; неврологии; нейрохирургии; неонатологии; неотложной медицинской помощи; нефрологии; операционному делу; организации здравоохранения и общественному здоровью; организации сестринского дела; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; паразитологии; профпатологии; психиатрии; психиатрии-наркологии; пульмонологии; рентгенологии; рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению; рефлексотерапии; сердечно-сосудистой хирургии; сестринскому делу; педиатрии; скорой медицинской помощи; стоматологии; стоматологии детской; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; терапии; травматологии и ортопедии; трансфузиологии; ультразвуковой диагностике; управлению сестринской деятельностью; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; хирургии (абдоминальной); хирургии (комбустиологии); экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе профессиональной пригодности; экспертизе временной нетрудоспособности; эндокринологии; эндоскопии; эпидемиологии.

ОБРАЗЕЦ договора на лечение (обследование) в стационаре

3.1.7. Отказаться на весь курс лечения от употребления наркотиков и лекарств их содержащих, психотропных препаратов, алкогольсодержащих напитков;

3.1.8. Согласовывать с лечащим или дежурным врачом дополнительное употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей, и т.д.

3.2. Потребитель имеет право:

3.2.1. Требовать от Исполнителя предоставления сведений о наличии лицензии, профессиональном образовании и квалификации специалистов;

3.2.2. Дать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;

3.2.3. Выбрать лечащего врача (с учетом его согласия);

3.2.4. 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 другую информацию об оказываемых ему медицинских услугах;

3.2.5. Требовать проведения консилиума или консультаций других специалистов;

3.2.6. Отказаться от медицинского вмешательства (в письменной форме);

3.2.7. Требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии здоровья (врачебной тайны);

3.2.8. Отказаться от получения медицинских услуг (до момента начала их оказания) и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуг;

3.2.9. В случае ненадлежащего оказания медицинских услуг, по своему выбору, требовать:

- назначения нового срока оказания услуг;
- оказания услуг другим специалистом;
- уменьшения стоимости оказанных услуг;
- безвозмездного устранения недостатков;
- возмещения причиненного ущерба.

3.3. Исполнитель обязуется:

3.3.1. Ознакомить Потребителя с Программой государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации медицинской помощью на территории Вологодской области на текущий год;

3.3.2. Оказать качественные и квалифицированные медицинские услуги, в соответствии с предусмотренными медицинскими технологиями и в срок, установленный настоящим Договором;

3.3.3. Использовать в процессе лечения только лицензированные, запатентованные способы, рекомендованные российской и общемировой медицинской практикой;

3.3.4. По требованию Потребителя предоставить ему бесплатно доступную и достоверную информацию о состоянии его здоровья, протекании лечения, данные промежуточных обследований, результаты анализов, протоколы консилиумов и другую информацию об оказываемых ему медицинских услугах; предоставить Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы;

3.3.5. В случае невыполнения или некачественного выполнения взятых на себя обязательств, возместить Потребителю стоимость лечения и причиненный ущерб;

3.3.6. Не использовать без согласования с Потребителем способов лечения, медицинских препаратов и процедур, способных нанести вред здоровью и самочувствию Потребителя;

3.3.7. Соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия и состояния здоровья Потребителя (врачебную тайну);

3.3.8. Отказать в оказании платных медицинских услуг, если Потребитель не дал информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

3.4. Исполнитель имеет право:

3.4.1. Требовать от Потребителя предоставления необходимой для выполнения своих обязательств по настоящему Договору информации, указанной в п.п. 3.1.2 настоящего Договора. В случае не предоставления либо предоставления неполной или недостоверной информации Потребителем, Исполнитель имеет право приостановить оказание медицинских услуг Потребителю до предоставления им необходимых сведений;

3.4.2. Требовать от Потребителя:

- соблюдения графика назначенных процедур, исследований, приемов врачей-специалистов;
- соблюдения Правил внутреннего распорядка для пациентов в БУЗ ВО "Вологодская областная больница №3";
- соблюдения режима приема лекарственных препаратов, режима питания и других предписаний;

3.4.3. Требовать от Потребителя возмещения фактически понесенных расходов, связанных с обязательствами по данному Договору в случае отказа Потребителя от исполнения Договора.;

3.4.4. 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.

4. Дополнительная информация об оказываемых услугах

4.1. Потребитель, находясь в ясной памяти, подтверждает, что ознакомлен с правами пациента в соответствии со статьями 18, 20-22, 28, 41 Конституции, ст. 13, 20 Федерального закона от 21.11.2011г. №323 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", с порядком получения медицинских услуг на бесплатной основе в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Вологодской области на текущий год. Потребитель подтверждает, что отказывается от получения плановой бесплатной медицинской помощи по месту прикрепления (с учетом права на выбор медицинского учреждения и лечащего врача). Потребитель уведомлен, что в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязан соблюдать режим лечения и правила поведения пациента в БУЗ ВО "Вологодская областная больница №3". Потребителю в доступной форме изложено, и он полностью осведомлен о предстоящей медицинской услуге, современных методах лечения и профилактики заболевания, а также о возможном профессиональном риске и осложнениях (аллергические реакции, отек Квинке, анафилактический шок, уплотнение и болезненность вены или мягких тканей, кровотечение, травматическое повреждение соседних органов, нарушение сердечного ритма и проводимости, летальный исход) и выражает осознанное согласие на медицинское вмешательство (услугу). Потребитель подтверждает, что имел возможность задать любые интересующие его вопросы, связанные с состоянием здоровья и предстоящим медицинским вмешательством (услугой) и

ОБРАЗЕЦ договора на лечение (обследование) в стационаре

получил на них исчерпывающие ответы, которые ему понятны, как в отношении характера оказываемой услуги, так и связанного с ней риска.

4.2. В связи с тем, что вышеперечисленные побочные эффекты и осложнения возникают вследствие биологических особенностей организма и используемая технология оказания медицинской помощи не может исключить их вероятность, Исполнитель не несет ответственности за наступление осложнений, если медицинские услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований.

4.3. В случае, если возникшие осложнения потребовали оказания срочной медицинской помощи, Исполнитель оказывает такую помощь без дополнительной оплаты.

4.4. В случае, если Потребитель по причинам, не зависящим от Исполнителя, принял решение прекратить лечение (обследование) ранее даты, запланированной в соответствии с планом лечения (обследования), Исполнитель возмещает Потребителю стоимость не оказанных медицинских услуг. Последний койко-день оплачивается Потребителем в полном объеме вне зависимости от того, в какое время Потребитель фактически покинул отделение.

5. Ответственность сторон

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

5.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Потребителем условий настоящего Договора.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за наступление осложнений, указанных в п. 4.1. Договора, если медицинские услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований.

5.4. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием непреодолимой силы или других форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки, принятие компетентными органами решений и т.п.), препятствующие выполнению обязательств по настоящему Договору.

6. Срок действия и порядок расторжения договора

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами всех своих обязательств по Договору.

6.2. Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон с обязательным предварительным письменным уведомлением об этом другой Стороны.

6.3. Настоящий Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке в случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ.

7. Прочие условия

7.1. Все споры и разногласия, вытекающие из настоящего Договора, Стороны будут по возможности решать путем переговоров, а также в претензионном порядке. Срок рассмотрения претензии составляет 14 календарных дней.

7.2. При невозможности достижения согласия между Сторонами, спор подлежит разрешению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством РФ.

7.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору должны быть составлены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами.

7.4. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

8. Адреса и реквизиты сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ

БУЗ ВО "Вологодская областная больница №3"
162608 г. Череповец, ул. Металлургов, д.18
ИНН 3528036956 КПП 352801001
ОГРН 1023501237242 ОКТМО 19730000
Министерство финансов Вологодской области
(БУЗ ВО "Вологодская областная больница №3"
л/сч. 008.20.097.1)
Единый казначейский счет 40102810445370000022
Казначейский счет 03224643190000003000
Банк: Отделение Вологда // УФК по Вологодской области,
г. Вологда
БИК 011909101 КБК 0000000000000000130, т.с. 02.01.00

ПОТРЕБИТЕЛЬ

Адрес:
Телефон:
Email:
Паспорт:

ПОДПИСИ СТОРОН:

От Исполнителя:

Регистратор отдела платных услуг -----

Доверенность: -----

Потребитель:

м.п.

Перечень оказываемых услуг (смета)

№ п/п	Наименование услуги	Сроки оказания услуги	Цена, руб.	Кол-во	Сумма, руб.	НДС, руб.	Ф.И.О. врача	Отделение

Итого со скидкой (при наличии): XX XXXX,00 руб.

От Исполнителя:

Регистратор отдела платных услуг -----

Доверенность: -----

М.П.

Потребитель:

Акт об оказании услуг

«XX» месяц XXXXг.

Ф.И.О. Потребителя: -----

Договор № XXXXXX

№ п/п	Наименование услуги	Ед. изм.	Цена, руб.	Кол-во	Сумма, руб.	В т.ч. НДС, руб.
		шт.				

Итого:

в т.ч. НДС:

Всего (с учетом НДС):

Всего оказано услуг на сумму: ----- рублей 00 копеек, в т.ч.: НДС Ноль рублей 00 копеек. Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Потребитель претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

От Исполнителя:

Регистратор отдела платных услуг -----

Доверенность: -----

м.п.

Потребитель:

**СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных**

Я, -----

ФИО пациента полностью

паспорт: серия XXXX № XXXXXX, выдан: ----- XX.XX.XXXXг.

документ, удостоверяющий личность пациента, серия, номер, кем выдан и дата выдачи

Зарегистрированный (ая) по адресу -----

даю согласие БУЗ ВО «Вологодская областная больница №3» (далее – Оператор), юридический адрес: 162608, Россия, Вологодская обл., г. Череповец, ул. Metallургов, 18, на обработку своих персональных данных в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, в целях осуществления расчетов за медицинскую помощь в соответствии с действующим законодательством РФ, выполнения Оператором обязательств, предусмотренных нормативно-правовыми актами и/или договорами:

- фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии);
- пол;
- дата рождения;
- место рождения;
- гражданство;
- данные документа, удостоверяющего личность;
- место жительства;
- место регистрации;
- дата регистрации;
- контактные телефоны;
- место работы;
- страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии), принятый в системе обязательного пенсионного страхования;
- реквизиты полиса обязательного и/или добровольного медицинского страхования застрахованного лица (при наличии);
- сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью;
- сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, полученных рекомендациях;
- реквизиты выданного листка нетрудоспособности (при наличии);
- сведения об организации, оказавшей медицинские услуги;
- сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу;
- стоимость оказанной медицинской помощи.

Перечень действий с персональными данными, в отношении которых дано согласие, включает: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных в документальной и электронной форме автоматизированным и неавтоматизированным способом.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные другим должностным лицам Оператора в целях, указанных в данном согласии.

Я разрешаю направлять SMS-сообщения на указанный мобильный телефон и электронные письма на указанный электронный адрес для информирования о новых услугах, о проводимых акциях, мероприятиях, скидках.

Настоящие согласие действительно с момента подписания и в течение срока, установленного законодательством Российской Федерации, для достижения целей, указанных в данном согласии.

Настоящее согласие может быть отозвано мной в письменной форме.

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.

Данное согласие на обработку моих персональных данных представлено с учетом п. 2 ст. 6 и п. 2 ст. 9 Федерального закона Российской Федерации от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в соответствии с которым обработка персональных данных, осуществляемая на основании федерального закона либо для исполнения договора, стороной в котором я являюсь, может осуществляться Оператором без моего дополнительного согласия.

Прошу не уведомлять об окончании обработки моих персональных данных.

XX месяц XXXXг.

дата

личная подпись пациента

расшифровка

Сотрудник БУЗ ВО «Вологодская областная
больница №3»

Регистратор отдела платных услуг

должность сотрудника

XX месяц XXXXг.

дата

личная подпись сотрудника

расшифровка