До заключения договора исполнитель в письменной форме уведомляет потребителя (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 потребителя.

**Договор №**

**на оказание платных медицинских услуг**

**в КГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» имени А.К. Пиотровича министерства здравоохранения Хабаровского края**

**г.Хабаровск «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.**

КГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» имени А.К. Пиотровича министерства здравоохранения Хабаровского края, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице главного врача Гончарова Ивана Николаевича, действующего на основании Устава, утвержденного распоряжением министерства здравоохранения Хабаровского края от 21.10.2013г. № 1559-р, внесением записи в ЕГРЮЛ, свидетельство о регистрации от 25 ноября 2013 года, серия 27 № 002263071, выданное Инспекцией Федеральной налоговой службы России по Индустриальному району г. Хабаровска, лицензии № ЛО-27-01-002381 от 13.09.2017 года, выданной Министерством здравоохранения Хабаровского края, расположенным по адресу: г. Хабаровск, ул. Муравьева Амурского, д. 32, т. 40-20-00, на осуществление медицинской деятельности: при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи (организуются и выполняются следующие работы(услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, бактериологии, вирусологии, детской хирургии, диетологии, инфекционным болезням, клинической лабораторной диагностике, клинической фармакологии, лабораторной диагностике, медицинской статистике, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, сестринского дела, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), рентгенологии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, трансфузиологии, эпидемиологии; при проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым), при проведении медицинских экспертиз по экспертизе временной нетрудоспособности; при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико – санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико – санитарной помощи в амбулаторных условиях по анестезиологии и реаниматологии, вакцинации (проведению профилактических прививок), лабораторной диагностике, лечебной физкультуре, медицинской статистике, медицинскому массажу, операционному делу, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, стоматологии профилактической, физиотерапии, функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико – санитарной помощи в амбулаторных условиях по вакцинации (проведению профилактических прививок), педиатрии; при оказании первичной специализированной медико – санитарной помощи в амбулаторных условиях по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), аллергологии и иммунологии, гастроэнтерологии, гематологии, детской кардиологии, детской онкологии, детской хирургии, детской эндокринологии, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, лечебной физкультуре и спортивной медицине, медицинской статистике, неврологии, нефрологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, пульмонологии, ревматологии, стоматологии детской, стоматологии хирургической, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, эндоскопии, эпидемиологии; при оказании первичной специализированной медико – санитарной помощи в условиях дневного стационара по гематологии, детской онкологии, детской урологии – андрологии, детской хирургии, медицинской статистике, офтальмологии, травматологии и ортопедии, урологии, физиотерапии; при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по гематологии, дезинфектологии, детской онкологии, медицинской статистике, неврологии, травматологии и ортопедии; при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по аллергологии и иммунологии, анестезиологии и реаниматологии, бактериологии, гастроэнтерологии, гематологии, дезинфектологии, детской кардиологии, детской онкологии, детской урологии – андрологии, хирургии, детской эндокринологии, диетологии, инфекционным болезням, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, клинической фармакологии, лечебной физкультуре и спортивной медицине, медицинской статистике, неврологии, нефрологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), патологической анатомии, педиатрии, психотерапии, пульмонологии, ревматологии, рентгенологии, токсикологии, торакальной хирургии, травматологии и ортопедии, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, эндоскопии, эпидемиологии; при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях по гематологии, детской онкологии, детской урологии - андрологии, детской хирургии, педиатрии, торакальной хирургии, травматологии и ортопедии (абдоминальной); при оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании скорой специализированной медицинской помощи вне медицинской организации, в том числе выездными экстренными консультативными бригадами скорой медицинской помощи по анестезиологии и реаниматологии; при оказании паллиативной медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях по онкологии; при оказании паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях по детской онкологии; при проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); при проведении медицинских экспертиз по экспертизе временной нетрудоспособности), с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

проживающий(ая) по адресу, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, при полном взаимном согласии заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **Предмет договора**
   1. 1.1 **«Пациент»** поручает, а **«Исполнитель»** обязуется оказывать на возмездной основе квалифицированные, качественные, безопасные медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.
   2. 1.2 Перечень и стоимость услуг, предоставляемых **«Пациенту»** в соответствии с действующим и согласованном в установленном порядке Перечнем платных услуг и тарифов, оказываемых **«Исполнителем»**:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Перечень предоставляемых услуг (должность, Ф.И.О. медицинского работника, выполняющего услугу) | Цена по прейскуранту, руб. | Количество услуг | Стоимость, руб. | Срок оказания услуг |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |

1.3. При исполнении настоящего договора на оказание медицинских услуг стороны руководствуются действующим Российским законодательством, в частности Правилами предоставления платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012 года № 1006.

* 1. 1.4. «Пациент» в установленном порядке обеспечивается информацией, включающей в себя сведения об условиях предоставления платных медицинских услуг.
  2. 1.5. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступно форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а так же предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.
  3. 1.6. Платные медицинские услуги оказываются «Исполнителем» в рабочее время по предварительной записи.
  4. 1.7. «Пациент» дает свободно, своей волей и в своем интересе согласие на обработку персональных данных, необходимых для исполнения настоящего договора, передачу этих данных иным лицам, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных».
  5. 1.8. В случае оказания услуг лицу, не достигшему 15-летнего возраста, в тексте договора сторона «Пациент» соответствует законному представителю ребенка.

1. **Права и обязанности сторон**

**«Исполнитель»**обязуется:

* 1. 2.1. Своевременно и качественно оказывать медицинские услуги в соответствии условиям настоящего договора.
  2. 2.2. Обеспечить **«Пациента»** в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных услуг с указанием их стоимости по прейскуранту.
  3. 2.3. Обеспечить **«Пациенту»** непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по письменному требованию «Пациента» или его представителя копии этих медицинских документов.
  4. 2.4. Использовать в процессе лечения только лицензированные, запатентованные способы, разрешенные к применению в установленном законом порядке, рекомендованные российской и общемировой медицинской практикой.

**«Исполнитель»** имеет право:

* 1. 2.5. Досрочно выписать **«Пациента»** в случае нарушения им правил внутреннего распорядка учреждения с возвратом денежных средств за неиспользованные дни.

2.6. Использовать результаты, описание хода лечения и прочую информацию в качестве примера в специализированной медицинской литературе без указания данных **«Пациента»**, достаточных для его идентификации.

**«Пациент»**обязуется:

* 1. 2.7. Своевременно оплачивать стоимость медицинских услуг в соответствии с настоящим договором.
  2. 2.8. Выполнять правила внутреннего распорядка подразделений учреждения.
  3. 2.9. Выполнять требования **«Исполнителя»,** обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений и предписаний.
  4. 2.10. До назначения курса лечения сообщить лечащему врачу все сведения о наличии у него других заболеваний, аллергических реакций и противопоказаний к применению каких-либо лекарств и процедур, а так же другую информацию, влияющую на протекание и лечение заболевания. Предоставить **«Исполнителю»** имеющиеся у него медицинские документы.
  5. 2.11. Платные услуги предоставляются при наличии информированного согласия.

**«Пациент»** имеет право:

* 1. 2.12. Требовать от **«Исполнителя»** сведений о наличии лицензии и сертификата, расчета стоимости оказываемых услуг.
  2. 2.13. На выбор лечащего врача из перечня специалистов, оказывающих платные медицинские услуги.
  3. 2.14. Получать от **«Исполнителя»** для ознакомления в доступной форме для понимания и восприятия любые сведения о состоянии своего здоровья, протекании лечения, данные промежуточных исследований, результаты анализов, протоколы консилиумов и т.д.

2.15. Требовать проведение консилиума или консультаций других специалистов.

2.16. Требовать сохранение конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью.

2.17. Отказаться от получения Услуги и получить обратно уплаченную сумму с возмещением **«Исполнителю»** затрат, связанных с подготовкой оказания Услуги.

**3.Стоимость услуг и порядок расчетов.**

* 1. 3.1 Стоимость медицинских услуг определяется на основании действующего и согласованного в установленном порядке Перечня платных услуг и тарифов, оказываемых учреждением.
  2. 3.2. Оплата услуг производится в размере 100 % предоплаты, путем внесения денежных средств в кассу **«Исполнителя»**.
  3. **4.Срок действия договора.**

4.1 Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения каждой из сторон обязательств по договору.

4.2 Настоящий договор может быть изменен либо досрочно прекращен по обоюдному соглашению сторон, оформленному в виде Соглашения и подписанному **«Исполнителем»** и **«Пациентом»**.

4.3. Настоящий договор может быть расторгнут **«Пациентом»** в одностороннем порядке без указания причин, при этом **«Пациент»** оплачивает **«Исполнителю»** фактически понесенные затраты.

**5. Ответственность сторон.**

5.1. **«Исполнитель»** несет ответственность за оказанные **«Пациенту»** медицинские услуги, включая сохранение врачебной тайны о факте его обращения за медицинской помощью, о состоянии его здоровья и другие сведения в соответствии со ст.13 323- ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан».

5.2. **«Исполнитель»** не несет ответственность за качество расходного медицинского материала, приобретенного **«Пациентом»** самостоятельно, установленного во время осуществления оперативного вмешательства.

5.3 Стороны договорились, что споры и разногласия, которые могут возникнуть между сторонами и вытекающие из настоящего договора или в связи с ним, будут разрешаться путем переговоров. При невозможности разрешения споров путем переговоров в течение 30 дней с даты получения претензии, споры разрешаются в соответствии с действующим законодательством РФ по выбору потребителя.

**6. Конфиденциальность.**

6.1**. «Исполнитель»** обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения **«Пациента»** за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

6.2. С согласия **«Пациента»** или его представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения **«Пациента».**

6.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия **«Пациента»** или его представителя допускается в целях обследования и лечения **«Пациента»**, не способного из-за своего состояния выразить свою волю и в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

**7. Прочие условия.**

7.1. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу

7.2. В соответствии с положениями настоящего договора с Перечнем платных услуг и тарифов, оказываемых «Исполнителем» и «Правилами внутреннего распорядка»

ознакомлен и согласен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(«Пациент»)

Адреса и реквизиты сторон:

|  |  |
| --- | --- |
| ИСПОЛНИТЕЛЬ | ПАЦИЕНТ |
| КГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» имени А.К. Пиотровича министерства здравоохранения Хабаровского края  Юридический адрес:  680003, г. Хабаровск, ул. Прогрессивная, 6.  Расчетный счет: 40601810000001000001  БИК 040813001  ИНН 2723166322 | Ф.И.О. (полностью)  Паспорт (серия, номер, выдан)  Адрес: |
| Главный врач /И.Н. Гончаров/  Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  М.П. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /  (подпись) (расшифровка подписи)    Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Информированное согласие на предоставление платной медицинской услуги

в КБГУЗ «Детская краевая клиническая больница» имени А.К. Пиотровича министерства здравоохранения Хабаровского края

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. полностью)

предупрежден(а) о возможности получения оплаченной мной услуги в рамках и на условиях предоставления бесплатной медицинской помощи по Территориальной программе государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам РФ на территории Хабаровского края.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (подпись)