

**г. Новотроицк**

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Медицинская организация: Государственное автономное учреждение здравоохранения «Детская городская больница» г. Новотроицка (ГАУЗ ДГБ), именуемая в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Машкиной Галины Петровны, действующего (ей) на основании Устава, с одной стороны, и \_\_\_\_\_ именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик» (законный представитель Пациента), с другой стороны, заключили настоящий Договор в пользу \_\_\_\_\_ именуемого (ой) в дальнейшем «Пациент», о следующем.

**1. СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА**

**1.1. Сведения об Исполнителе:**

- 1.1.1. Наименование и фирменное наименование: Государственное автономное учреждение здравоохранения «Детская городская больница» г. Новотроицка (ГАУЗ ДГБ);
- 1.1.2. Адрес места нахождения: 462351, г. Новотроицк, ул. Винокурова 1;
- 1.1.3. Адрес(а) мест(а) оказания медицинских услуг: 462351, г. Новотроицк, ул. Винокурова 1;
- 1.1.4. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа осуществляющего государственную регистрацию: ОГРН 1025600823038, выдан МИФНС №10 по Оренбургской области;
- 1.1.5. Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа: Лицензия № ЛО-56-01-001768 от 24.06.2016 г. (бессрочная), выдана Министерством здравоохранения Оренбургской области. Адрес органа выдавшего лицензию: 460006, г. Оренбург, ул. Терешковой, д. 33, тел. 8 (3532) 77-45-19. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией содержится в соответствующей Лицензии Исполнителя, копия которой находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», на сайте: <http://www.dgbn.ru>

**1.2. Сведения о Пациенте:**

- 1.2.1. Фамилия, имя и отчество: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_
- 1.2.2. Адрес места жительства пациента: \_\_\_\_\_
- 1.2.3. Документ удостовер. личность (Паспорт/СоР): \_\_\_\_\_ Дата выдачи: \_\_\_\_\_

**1.3. Сведения о Заказчике (законный представитель Пациента):**

- 1.3.1. Фамилия, имя и отчество: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_
- 1.3.2. Адрес места жительства Заказчика: \_\_\_\_\_
- 1.3.3. Документ удостовер. личность (Паспорт): \_\_\_\_\_ Дата выдачи: \_\_\_\_\_

**2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

- 2.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту платные медицинские услуги, а Заказчик обязуется оплатить оказываемые услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.
- 2.2. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим Договором, объем работ и услуг и сроки их оказания указываются (содержатся) в Дополнительном соглашении, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.
- 2.3. При заключении Договора Заказчику (Пациенту) предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:
  - *порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;*
  - *информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);*
  - *информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах и оказания медицинской помощи;*
  - *другие сведения, относящиеся к предмету Договора.*

**3. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ**

- 3.1. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется, исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта (в российских рублях), в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг.
- 3.2. Стоимость конкретных платных мед. услуг, предоставляемых Пациенту, указывается (содержится) также в Дополнительном соглашении, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.
- 3.3. Стороны согласны, что оплата конкретной медицинской услуги производится непосредственно в день оказания такой услуги, на основании Прейскуранта Исполнителя. Иной порядок и
- 3.4. Оплата осуществляется Заказчиком путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя.
- 3.5. Исполнитель разъясняет, а Заказчик (Пациент) понимает, что денежные средства, добровольно затраченные Заказчиком в рамках настоящего Договора, возврату через страховую компанию либо из других источников не подлежат, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.
- 3.6. По требованию Заказчика (Пациента) на предоставление платных медицинских услуг может быть составлена Смета, которая, в случае ее составления, становится неотъемлемой частью Договора.

**4. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

- 4.1. Услугу на возмездной основе за счет средств Заказчика (законного представителя Пациента).
- 4.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензиями на медицинскую деятельность, порядками, стандартами (в полном объеме порядков и стандартов, либо в объеме, превышающем соответствующий порядок и/или стандарт и/или в виде отдельных медицинских вмешательств – по соглашению сторон) и других документов, в соответствии с действующим законодательством РФ.
- 4.3. Заказчик предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.
- 4.4. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством РФ.
- 4.5. Заказчик незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния здоровья Пациента, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.
- 4.6. Исполнителем после исполнения Договора выдается Заказчику (законному представителю Пациента) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг.
- 4.7. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия Заказчика (законного представителя Пациента).
- 4.8. Заказчик дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Заказчика в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА**

- 5.1. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.
- 5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством РФ.
- 5.3. Заказчик несет ответственность за нарушение условий Договора об оплате услуг в соответствии с действующим законодательством РФ.
- 5.4. Заказчик несет ответственность за нарушение условий Договора, связанных с исполнением указаний (рекомендаций) Исполнителя, в соответствии с действующим законодательством РФ.
- 5.5. В случаях, предусмотренных п. 5.3. - 5.4. Договора, Исполнитель вправе приостановить проведение лечебно-диагностических мероприятий (за исключением проведения лечения по жизненным показаниям / экстренной помощи).

**6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**

- 6.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.
- 6.2. В случае отказа Заказчика после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. Исполнитель информирует Заказчика о расторжении договора по инициативе Заказчика, при этом Заказчик оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

**7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ**

- 7.1. Договор считается заключенным со дня его подписания и действует до получения Пациентом медицинской услуги (подтверждение получения пациентом медицинской услуги является заключением по результатам диагностического обследования или Выписки из истории болезни).
- 7.2. Договор составляется в 2 (двух) экземплярах, по одному – для каждой из сторон.

**8. ПОДПИСИ СТОРОН**

До заключения Договора Исполнитель уведомил в письменной форме 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 и срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

**Подпись заказчика:** \_\_\_\_\_

Исполнитель: Главный врач ГАУЗ ДГБ: \_\_\_\_\_ Манакина Г.П.  
По приказу ГАУЗ "ДГБ" № 328 от 25.10.2017 г.

Бухгалтер: \_\_\_\_\_ Васильева Н.Н.

Бухгалтер: \_\_\_\_\_ Новокрещенова Л.В.

## СОГЛАШЕНИЕ

об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг

Я, \_\_\_\_\_, законный представитель пациента \_\_\_\_\_, 00.00.0000 г., года рождения, в рамках договора об оказании платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги в ГАУЗ ДГБ при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.
2. Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат и что при проведении лечения и после него, как в ближайшем так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.
3. 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, ГАУЗ ДГБ, не несет ответственности за их возникновение.
4. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей ГАУЗ ДГБ.
5. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие виды дополнительных медицинских услуг, которые я хочу получить в ГАУЗ ДГБ и согласен(на) оплатить:

КОД	ВИД МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ	ЕДН. ИЗМ	ЦЕНА, РУБ.
ИТОГО			

6. Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.
7. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с врачом и я даю свое согласие на их оплату в кассу ГАУЗ в сумме: \_\_\_\_\_ руб.
8. Я проинформирован, что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в ГАУЗ ДГБ.
9. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Законный представитель пациента: \_\_\_\_\_

Адрес по прописке: \_\_\_\_\_

Паспорт: \_\_\_\_\_ Дата выдачи: \_\_\_\_\_

Подпись заказчика: \_\_\_\_\_

Исполнитель:

Главный врач ГАУЗ \_\_\_\_\_ Манакина Г.П.

По приказу ГАУЗ "ДГБ" № 328 от 25.10.2017 г.

Бухгалтер: \_\_\_\_\_ Васильева Н.Н.

Бухгалтер: \_\_\_\_\_ Новокрецинова Л.В.

М.П.



СВЕДЕНИЯ О ПАЦИЕНТЕ, КОТОРОМУ ОКАЗАНА ПЛАТНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ УСЛУГА, ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ РЕЕСТРА ОКАЗАННЫХ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В СООТВЕТСТВИИ С РАСПОРЯЖЕНИЕМ МЗОО № 778 ОТ 06.04.2015

I. СВЕДЕНИЯ О ЗАКАЗЧИКЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

№ п/п	№ квитанции об оплате	№ истории болезни (талона амбулаторного пациента)	Условия оказания медицинской помощи:		"1" - круглосуточный стационар; "2" - дневной стационар "3"; - поликлиника; "5" - прочие (услуги, анализы)
			Дата рождения	Пол пациента	
1	Ф.И.О. пациента		Дата рождения		
		Документ удостоверяющий личность	Серия и номер		Дата выдачи
		Адрес по прописке		Адрес по месту жительства	
2	Ф.И.О. законного представителя пациента		Дата рождения		Контактная информация
		Документ удостоверяющий личность (паспорт гражданина РФ)	Серия и номер		Дата выдачи

II. ПЕРЕЧЕНЬ ОКАЗАННЫХ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

КОД	ВИД МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ	ЕДН. ИЗМ	ЦЕНА, РУБ.	ДАТА ОКАЗАНИЯ УСЛУГИ	ОСНОВНОЙ ДИАГНОЗ ПО МКБ-10	ФИО ВРАЧА	СПЕЦИАЛЬНОСТЬ ВРАЧА
ИТОГО							

\* В ЦЕЛЯХ УНИФИКАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ КЛАССИФИКАТОРЫ, УТВЕРЖДЕННЫЕ ПРИКАЗОМ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОМС ОТ 7 АПРЕЛЯ 2011 Г. № 79 "ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ОБЩИХ ПРИНЦИПОВ ПОСТРОЕНИЯ И ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ И ПОРЯДКА ИНФОРМАЦИОННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В СФЕРЕ ОМС (С УЧЕТОМ ИЗМЕНЕНИЙ)".