

ДОГОВОР N ____ ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Санкт-Петербург

« ____ » _____ 2021 г.

СПб ГБУЗ «ДГП 44», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача М.С. Семейкина, действующего на основании Устава, с одной стороны и _____

(Ф.И.О., лица получающего платные медицинские услуги)

« ____ » _____ 20 ____ года рождения, зарегистрирован по адресу: _____,
документ удостоверяющий личность: _____ именуемый в дальнейшем Пациент или Потребитель,
в лице своего законного представителя _____

(Ф.И.О., степень родства)

именуемый в дальнейшем «Заказчик» или «Законный представитель», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю на возмездной основе медицинские услуги согласно Перечню (Приложение 1) сверх Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи в Санкт-Петербурге, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а Заказчик обязуется оплатить медицинские услуги в размере, порядке, и сроки, которые установлены настоящим Договором.

1.2. Заказчик получил полную информацию о том, что он может получить бесплатную медицинскую помощь в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге и добровольно желает получить услуги, перечисленные в Приложении № 1 к настоящему Договору, на платной основе.

1.3. Исполнитель оказывает медицинские услуги по месту своего нахождения (адрес), указанному в реквизитах. При желании Пациента медицинские работники Исполнителя выезжают по другому адресу (на дом), в целях оказания медицинской услуги, если согласованное Сторонами медицинское вмешательство, возможно провести на дому в соответствии с установленными правилами.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Обеспечить оказание медицинских услуг качественно, в соответствии с условиями Договора и действующего законодательства.

2.1.2. Определить комплекс лечебных мероприятий, необходимый для достижения положительных результатов лечения.

2.1.3. Вести всю необходимую медицинскую документацию в установленном действующим законодательством порядке.

2.1.4. Предоставить в рамках, установленных действующим законодательством по требованию и в доступной форме информацию: о состоянии здоровья Пациента, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах обследования и лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, показаниях (противопоказаниях) к применению, по требованию Заказчика предоставлять копии медицинских документов, отражающие состояние здоровья Пациента.

2.1.5. В случае достижения Пациентом возраста, установленного законодательством, информация, составляющая врачебную тайну, передается законным представителям, иным лицам только с согласия самого Пациента (письменно оформленного).

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Получать от Пациента и его законного представителя информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по Договору.

2.2.2. В случае непредставления либо неполного или неверного предоставления Пациентом или его законным представителем информации, в том числе о состоянии здоровья необходимой для оказания качественной медицинской услуги, Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации. Пациент и его законный представитель предупреждается, что данные обстоятельства могут повлечь за собой невозможность завершения обязательств в установленный настоящими Договором срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

2.2.3. В случае отсутствия лечащего врача в день, назначенный для оказания услуг, назначить другого врача, квалификация которого не ниже ранее заявленной или перенести медицинское мероприятие на другой день, предварительно согласовав с Пациентом.

2.3. Пациент и его Законный представитель обязуются:

2.3.1. При первом посещении с целью получения платных медицинских услуг или непосредственно перед получением некоторых платных медицинских услуг, ознакомиться и, в случае согласия с изложенными условиями, подписать документы предоставляемые Исполнителем - заявление о предоставлении сведений составляющих врачебную тайну иному лицу, указанному Пациентом (при необходимости), информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг, отказ или согласие на конкретное медицинское вмешательство, и т.д.

Согласно ст. ст. 20, 54 Федерального закона РФ от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» согласие дает один из родителей или иной законный представитель в отношении лица, не достигшего возраста, установленного Федеральным законом, или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство. Невершеннолетние пациенты, в возрасте старше пятнадцати лет имеют право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него в соответствии с Федеральным законом.

2.3.2. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором и подписанными Сторонами документами.

2.3.3. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих Пациенту по договору услуги, по лечению, в том числе соблюдать указания медицинского учреждения, предписанные на период после оказания услуг.

2.3.4. Соблюдать правила поведения в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения включая: рекомендации лечащего врача, соблюдение правил внутреннего распорядка учреждения, правил санэпидемиологического режима, техники безопасности, противопожарной безопасности.

2.3.5. Предоставить врачу, до оказания медицинских услуг, достоверную и полную информацию о состоянии здоровья Пациента (аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных средств, обо всех перенесенных ранее и имеющихся в настоящее время заболеваниях, противопоказаниях и др.), в том числе сообщать необходимые сведения путем заполнения анкет и иных структурирующих информацию документов.

2.3.6. В случае отказа от получения медицинских услуг после заключения настоящего Договора по основаниям, предусмотренным действующим законодательством, возместить Исполнителю затраты за фактически понесенные им расходы, связанные с подготовкой и исполнением обязательств по Договору, если таковы имеются.

2.4. Пациент и его Законный представитель имеет право:

2.4.1. Получить услуги, указанные в Договоре в полном объеме и в срок.

2.4.2. Получать имеющуюся информацию о состоянии здоровья Пациента, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенных манипуляций в соответствии с действующим законодательством РФ.

2.5. Стороны обязуются хранить конфиденциальную информацию, полученную при исполнении настоящего Договора.

3. СТОИМОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

- 3.1. Стоимость медицинских услуг определена в приложении 1 к Договору.
3.2. Оплата осуществляется Пациентом в рублях при заключении Договора в полном размере на условиях 100% предоплаты.
3.3. Возврат денежных средств производится в случаях, предусмотренных договором или действующим законодательством, на основании письменного заявления Заказчика, в срок не более 20 рабочих дней.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.
4.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги в случае нарушения Пациентом обязательств, предусмотренных настоящим договором, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.
4.3. 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 чрезвычайных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки, принятие компетентными органами решений, влияющих на исполнение настоящего договора и т.п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему Договору.

5. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

- 5.1. Все споры, претензии и разногласия, возникшие между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.
5.2. Споры подлежат рассмотрению в судебном порядке в суде по месту нахождения Исполнителя. Претензионный порядок обязателен.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПОРЯДОК РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

- 6.1. Договор вступает в силу с момента подписания и действует до исполнения сторонами всех обязательств, но не позднее 31.12. 2020 г.
6.2. Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон и по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством.
6.3. Стороны вправе в письменной форме заявить об одностороннем отказе от Исполнения настоящего договора в случаях:
6.3.1. Исполнителем при несоблюдении Потребителем рекомендации лечащего врача, невыполнении обязательств, предусмотренных настоящим договором.
6.3.2. Потребителем/Заказчиком при нарушении Исполнителем условий настоящего договора, а также по собственному желанию, при этом Заказчик обязан оплатить оказанные до момента расторжения договора услуги, а также все убытки, понесенные Исполнителем.
6.4. Все изменения дополнения к настоящему договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями обеих Сторон.
6.4. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.
6.5. В случае, когда невозможность исполнения услуги возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает, Потребитель возмещает Исполнителю фактически понесенные затраты, если иное не предусмотрено законом (ст.781 ГК РФ).

7. СВЕДЕНИЯ ОБ ИСПОЛНИТЕЛЕ

Наименование: Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская поликлиника № 44».
Адрес места нахождения: 191144, г. Санкт-Петербург, ул. Мытнинская, д. 24, лит.А
Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений в ЕГРЮЛ: Свидетельство №632-р от 02.12.1991 г., зарегистрировано Администрацией Смольнинского района Санкт-Петербурга, регистрационный номер 1037843058175 от 10.02.2003 Инспекции Министерства Российской Федерации по налогам и сборам по Центральному району Санкт-Петербурга.
Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией: Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-78-01-008127 от 28.08.2017 г. выдана Комитетом по Здравоохранению г.Санкт-Петербурга, ул.Малая Садовая ул., 1, тел.: 8 (812) 571-34-06.

Работы (услуги) выполняемые: при осуществлении доврачебной медицинской помощи по: лабораторной диагностики; лечебной физкультуре и спортивной медицине; медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); медицинскому массажу; медицинской статистике; рентгенологии; сестринскому делу в педиатрии; скорой медицинской помощи; физиотерапии; функциональной диагностике; при осуществлении амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе: при осуществлении первичной медико-санитарной помощи по: аллергологии и иммунологии; детской кардиологии; детской эндокринологии; клинической лабораторной диагностике; лечебной физкультуре и спортивной медицине; медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); неврологии; нефрологии; оториноларингологии; офтальмологии; педиатрии; рентгенологии; травматологии и ортопедии; физиотерапии; функциональной диагностике; ультразвуковой диагностике; экспертизе временной нетрудоспособности; при осуществлении специализированной медицинской помощи по: акушерству и гинекологии; детской хирургии; рефлексотерапии; при осуществлении скорой и скорой специализированной (санитарно-авиационной) медицинской помощи, в том числе при осуществлении скорой медицинской помощи по: скорой медицинской помощи.

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: вакцинации(проведению профилактических прививок); неотложной медицинской помощи; организации сестринского дела; при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации(проведению профилактических прививок); неотложной медицинской помощи; организации здравоохранения и общественному здоровью; педиатрии при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: педиатрии; при оказании специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: детской урологии-андрологии; мануальной терапии; организации здравоохранения и общественному здоровью; эпидемиологии.

При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам профилактическим, медицинским осмотрам (предварительным, периодическим).

8. ПОДПИСИ И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Заказчик

(законный представитель Пациента):

Паспорт: серия _____ № _____

выдан _____

дата выдачи _____

зарегистрирован _____

проживает _____

Телефон: _____

e-mail: _____

Исполнитель:

СПб ГБУЗ "ДГП № 44"

191144, Санкт-Петербург ул. Мытнинская д. 25, литер А

ИНН 7815012314 КПП 784201001

ОКАТО 40298564000 ОГРН 1037843058175

БИК 044030001 Лицевой счет 0671009 в Комитете Финансов

Санкт-Петербурга **Получатель** – Комитет финансов г.Санкт-

Петербурга (СПб ГБУЗ «ДГП № 44», л/с 0671009)

р/сч. 40601810200003000000 Северо-Западное ГУ Банка России по

Санкт-Петербургу, г. Санкт-Петербург

Адрес электронной почты: pd44@zdrav.spb.ru

Телефон 417-40-05 Факс 417-40-12

Главный врач _____ М. А. Семьюшкин

Перечень и стоимость платных медицинских услуг

№ п/п	Наименование услуги	Дата начала оказания услуги	Дата окончания оказания услуги	Стоимость услуги, руб.
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Заказчик (законный представитель Пациента):

(Ф.И.О)

/ _____ /
(подпись)**Исполнитель:**Санкт-Петербургское государственное бюджетное
учреждение здравоохранения «Детская городская
поликлиника № 44»Главный врач _____ М. А. Семейкин
М.П

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, _____
Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)
несовершеннолетнего пациента

« _____ » _____ г. рождения,

Зарегистрирована(ый) по адресу: _____

даю 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 Российской Федерации от 23 апреля 2012 года N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 года N 24082) для получения доврачебной медицинской помощи, амбулаторно-поликлинической, специализированной медицинской помощи, лицом, законным представителем которого я являюсь:

(Ф.И.О. ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель)

« _____ » _____ г. рождения,

В медицинской организации : **СПб ГБУЗ «Детская городская поликлиника №44»**

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской услуги, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской услуги.

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 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Я информировал (а) врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, моего несовершеннолетнего ребенка, лица, чьим законным представителем я являюсь, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных и известных мне травмах, операциях, инфекционных заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах.

В соответствии с положениями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю свое согласие на обработку персональных данных меня, моего несовершеннолетнего ребенка, в объеме и способами, определенными Федеральным законом

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии лица, законным представителем которого я являюсь

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

Положения настоящего документа мне разъяснены, мною понятны.

Подпись, Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя

_____ (_____)

Подпись, Ф.И.О. медицинского работника

_____ (_____)

« _____ » _____ 202__ г.

Перечень

определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

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 органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа 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, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, 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, внутрикочно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

С перечнем ознакомлен:

(подпись, ФИО законного представителя несовершеннолетнего)