

Договор № _____
оказания платных медицинских услуг

г. Ленинск-Кузнецкий

"__" _____ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения

«Ленинск-Кузнецкий дом сестринского ухода»

в лице директора Худынцевой Татьяны Валерьевны, действующей на основании Устава, утверждённого начальником департамента охраны здоровья населения Кемеровской области и Лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л041-01161-42/00359976 от 28 декабря 2016 года, Лицензии по обороту НС и ПВ №Л017-01161-42/00148828 от 14 ноября 2019г именуемое в дальнейшем «Исполнитель» с одной стороны и

именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, заключили настоящей договор о нижеследующем:

Понятия, используемые в настоящем Договоре

Для целей настоящего Договора используются следующие основные понятия:

платные медицинские услуги - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;

Потребитель - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с настоящим Договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

Исполнитель - медицинская организация, независимо от организационно-правовой формы, а также индивидуальный предприниматель, оказывающие платные медицинские услуги в соответствии с Договором.

1. Предмет Договора

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю медицинские услуги, а Потребитель обязуется уплатить Исполнителю стоимость оказанных медицинских услуг по тарифу 550,00руб согласно сметы (Приложение № 1) в день в порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

1.2. Исполнитель оказывает услуги по месту своего нахождения по адресу: г. Ленинск-Кузнецкий п. Никитинский ул.Поселковая,14 в соответствии с утвержденными Исполнителем Правилами оказания медицинских услуг.

1.3. Медицинские услуги должны быть предоставлены в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, в том числе предъявляемыми к качеству медицинских услуг.

1.4. В медицинской карте Потребителя указывается вся необходимая информация и сведения, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации.

2. Права и обязанности Сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Обеспечить Потребителя бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения:

а) о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи (при наличии), применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, а также информацию о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

б) данных о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);

в) другие сведения, относящиеся к предмету настоящего Договора.

2.1.2. Предоставить информацию, перечисленную в п. п. 12 - 17, 21 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 N 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006".

2.1.3. Оказывать Потребителю услуги, предусмотренные п. 1.1 настоящего Договора, а при необходимости дополнительные оказываются только при условии оформления дополнительного соглашения к настоящему Договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости.

2.1.4. Не передавать и не показывать третьим лицам находящуюся у Исполнителя документацию о Потребителе.

2.1.5. Сотрудничать при оказании услуг по настоящему Договору с иными медицинскими организациями и специалистами.

2.1.6. Представлять Потребителю материалы и заключения о ходе оказания услуг.

2.1.7. Давать при необходимости по просьбе (по заявлению) Потребителя разъяснения о ходе оказания услуг ему и заинтересованным лицам, включая государственные и судебные органы.

2.1.8. Предоставить в доступной форме информацию 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 (Приложение №2).

2.1.9. При предоставлении платных медицинских услуг организовывать и оказывать медицинскую помощь:

а) в соответствии с приказом №345н/372н от 31.05.2019г «Об утверждении Положения об организации паллиативной медицинской помощи включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья»;

б) на основе клинических рекомендаций;

в) с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации;

г) в соответствии с Положением о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности в ГБУЗ ЛК ДСУ;

д) в соответствии с Положением об оказании паллиативной медицинской помощи взрослому населению в ГБУЗ ЛК ДСУ.

2.1.10. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

2.1.11. Предоставлять Потребителю (законному представителю Потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

а) о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

б) об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

2.2. Потребитель обязуется:

2.2.1. В полном объеме оплатить Исполнителю стоимость услуг, оказываемых на платной основе в соответствии с условиями настоящего Договора до момента оказания услуг, при наличии письменного информированного добровольного согласия (Приложение №3) на оказание услуг, оказываемых на платной основе.

2.2.2. Соблюдать Правила оказания медицинских услуг, утвержденные Исполнителем.

2.2.3. Исполнителю представить ему необходимые документы и материалы:

а) направление на госпитализацию и поликлиники по месту прикрепления (в случае перевода из другого стационара выписку);

б) паспорт;

в) медицинский полис;

г) СНИЛС;

з) кровь на RW;

и) флюорографию органов грудной клетки либо мокрота на туберкулез (ВК), рентген, МСКТ ОГК.

2.2.4. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

2.2.5. Кроме того, Потребитель обязан:

- информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;

- соблюдать правила поведения в медицинской организации, режим работы медицинской организации;

- соблюдать режим лечения

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. Получать от Потребителя любую информацию, необходимую для исполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредоставления либо неполного или неверного предоставления Потребителем информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.

2.3.2. Требовать от Потребителя соблюдения Правил оказания медицинских услуг.

2.3.3. Требовать оплаты услуг, оказанных Потребителю по настоящему Договору.

2.4. Потребитель имеет право:

2.4.1. Получать от Исполнителя услуги в соответствии с п. 1.1 настоящего Договора.

2.4.2. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий Договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации и Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.

2.5. До заключения настоящего Договора Исполнитель в письменной форме уведомляет Потребителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (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 здоровья Потребителя).

2.6. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора.

3. Порядок исполнения Договора

3.1. Условия получения Потребителем медицинских услуг: стационарно

3.2. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим Договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя.

3.3. При предоставлении платных медицинских услуг расходы, связанные с оказанием медицинской помощи в экстренной форме, возмещаются Исполнителю в порядке и размерах, которые установлены органами государственной власти субъектов Российской Федерации в рамках территориальных программ в соответствии с п. 10 ч. 2 ст. 81 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

3.4. В случае отказа Заказчика после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

3.5. В случае если при предоставлении услуг, оказываемых на платной основе, требуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям, для устранения угрозы жизни пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических

заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3.6. Режим работы: - круглосуточно.

3.7. Работа в ГБУЗ ЛК ДСУ может быть прекращена в случае непредвиденных обстоятельств, вызванных независимыми от администрации причинами: карантин; отсутствие воды, теплоснабжения, электроэнергии и других форс-мажорных обстоятельствах.

3.8. Запрещено: распитие спиртных напитков, нахождение в стационаре в алкогольном и наркотическом опьянении, курить в помещении ГБУЗ ЛК ДСУ, на прилегающей территории и прогулочном участке в соответствии с Федеральным законом от 23 февраля 2013 года № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака», самовольный уход из стационара;

3.9. Все споры и разногласия по предмету Договора решаются сторонами путем переговоров;

3.10. Конфликты, возникающие между сторонами, решаются директором ГБУЗ ЛК ДСУ.

3.11. К отношениям, связанным с исполнением настоящего Договора, применяются положения Закона Российской Федерации от 07.02.1992 N 2300-1 "О защите прав потребителей".

4. Стоимость услуг и порядок оплаты

4.1. Стоимость медицинских услуг составляет _____ (_____) рублей.

4.2. Сроки оплаты: Потребителем вносится 100% предоплаты от стоимости услуги, до поступления или в день поступления пациента в ГБУЗ ЛК ДСУ.

4.3. Стоимость услуг уплачивается путем внесения в кассу Исполнителя суммы, указанной в п. 4.1 настоящего Договора.

Заказчику в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (*кассовый чек*).

4.4. Датой оплаты стоимости услуг считается день внесения денежных средств в кассу Исполнителя.

5. Ответственность Сторон и форс-мажорные обстоятельства

5.1. Исполнитель несет ответственность перед Потребителем за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя.

5.2. При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам ожидания услуг Потребитель вправе по своему выбору:

- назначить новый срок ожидания услуги;
- потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги;
- потребовать исполнения услуги другим специалистом;
- отказаться от исполнения настоящего Договора.

Потребитель вправе потребовать также полного возмещения убытков, причиненных ему в связи с нарушением сроков ожидания услуги.

5.3. Нарушение установленных настоящим Договором сроков ожидания услуг должно сопровождаться выплатой Потребителю неустойки в порядке и размере, которые определяются Законом Российской Федерации от 07.02.1992 N 2300-1 "О защите прав потребителей".

5.4. По соглашению (договору) Сторон указанная в п. 5.3 настоящего Договора неустойка может быть выплачена за счет уменьшения стоимости предоставленной медицинской услуги, предоставления Потребителю дополнительных услуг без оплаты, возврата части ранее внесенного аванса (по чеку).

5.5. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

5.6. Сторона, для которой сделалось невозможным исполнение обязательств по Договору, обязана не позднее 10 (десяти) календарных дней с момента их наступления и прекращения в письменной форме уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

5.7. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.8. Исполнитель и его работники, оказывающие услуги по настоящему Договору, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании Потребителю медицинской помощи.

6. Порядок разрешения споров

6.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.

6.2. При неурегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7. Сроки по Договору

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания уполномоченными представителями Сторон с "___" _____ г.) и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по нему.

7.2. Сроки оказания услуг по настоящему Договору - с "___" _____ г. по "___" _____ г.

7.3. Настоящий Договор может быть расторгнут по обоюдному согласию Сторон.

7.4. Все изменения и 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.

8. Заключительные положения

8.1. Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.

8.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

8.3. Приложения являются неотъемлемой частью настоящего Договора:

1. Смета услуг, оказываемых на платной основе в ГБУЗ ЛК ДСУ;

2. Перечень медицинских услуг, оказываемых при необходимости и на безвозмездной основе в ГБУЗ ЛК ДСУ;

3. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и оказание платных услуг.

9. Адреса и реквизиты Сторон

Исполнитель

ГБУЗ ЛК ДСУ
652552, г. Ленинск-Кузнецкий
пос. Никитинский, ул. Поселковая, 14
ИНН 4212018230
КПП 421201001
ОГРН 1024201306799
ОКТМО 32719000106
Телефон, факс: 8(38456) 6-33-05
E-mail: dsu2008@yandex.ru
Сайт: dom-sestrinskogo-uhoda.ru

_____/Т.В.Худынцева/
М.П.

Потребитель

Ф.И.О.

Ф.И.О.

Паспортные данные: серия _____ номер _____

Выдан _____

_____ когда _____

Адрес прописки _____

Адрес проживания _____

Телефон для связи _____

Подпись Потребителя: _____

« ____ » _____ 20 ____ г.

Смета услуг, оказываемых на платной основе,
в ГБУЗ ЛК ДСУ
(из расчета на один койко-день)

№ п/ п	Услуги, оказываемые на платной основе	Стоимость услуги	
		руб.	%
	Манипуляции сестринского ухода за пациентами, функциональные исследования	238,70	43,4
	Питание пациентов	112,20	20,4
	Медикаменты, и изделия медицинского назначения	112,20	20,4
	Расходы на мягкий инвентарь (приложение 2)	75,90	13,8
	Амортизация оборудования (приложение 3)	11,00	2,0
	ИТОГО по смете	550,00	100,0

Перечень медицинских услуг, оказываемых при необходимости и на безвозмездной основе в ГБУЗ ЛК ДСУ

Код услуги (Приказ Минздравсоцразвития России от 27.12.2011 N 1664н)	Медицинская услуга
V.01.047.009	Ежедневный осмотр врачом- терапевтом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении
V 01.004.001	Прием (осмотр, консультирование) врача – гастроэнтеролога первичный
V 02.004.002.	Прием (осмотр, консультирование) врача – гастроэнтеролога повторный
V 01.023.001.	Прием (осмотр, консультирование) врача невролога первичный
V 01.023.002.	Прием (осмотр, консультирование) врача невролога повторный
V 01.035.001.	Прием (осмотр, консультирование) врача психиатра первичный
V 01.035.002	Прием (осмотр, консультирование) врача психиатра повторный
V 01.027.001.	Прием (осмотр, консультирование) врача онколога первичный
V 01.027.002.	Прием (осмотр, консультирование) врача онколога повторный
V 01.024.001.	Прием (осмотр, консультирование) врача нейрохирурга первичный
V 01.024.002.	Прием (осмотр, консультирование) врача нейрохирурга повторный
V 001.015.001.	Прием (осмотр, консультирование) врача кардиолога первичный
V 001.015.001.	Прием (осмотр, консультирование) врача кардиолога повторный
V 01.053.001.	Прием (осмотр, консультирование) врача уролога первичный
V 01.053.001.	Прием (осмотр, консультирование) врача уролога повторный
V 01.055.001.	Прием (осмотр, консультирование) врача фтизиатра первичный
V 01.055.001.	Прием (осмотр, консультирование) врача фтизиатра повторный
V 01.057.001.	Прием (осмотр, консультирование) врача хирурга первичный
V 01.057.002.	Прием (осмотр, консультирование) врача хирурга повторный
V 01.044.001.	Осмотр врачом скорой медицинской помощи
V 01.044.002.	Осмотр фельдшером скорой медицинской помощи
V 05.050.002	Услуги по реабилитации пациента, перенесшего ампутацию конечности (при переводе из другого стационара) на срок 21 день
V05.023.001	Услуги по реабилитации пациента, перенесшего острое нарушение мозгового кровообращения (при переводе из другого стационара) на срок 21 день
V 05.050.001	Услуги по реабилитации пациента с деформацией нижних конечностей.
V 05.024.002	Услуги по реабилитации пациента, перенесшего нейрохирургическую операцию
V02.015.002	Процедуры сестринского ухода за пациентом с сердечно-сосудистыми заболеваниями
V 02.012.001	Процедуры сестринского ухода за пациентами с синдромом диабетической стопы

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и оказание платных услуг.

Я _____
(ф.и.о.полностью)

Год рождения _____, проживающий(ая) по адресу: _____

Добровольно даю свое согласие на:

- проведение опроса, в том числе выявления жалоб, сбор анамнеза;
- осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию, риноскопию, фарингоскопию, антропометрические исследования, термометрию, тонометрию, неинвазивные исследования органов зрения и зрительных функций, исследования нервной системы (чувствительной и двигательной сферы) не инвазивные исследования органа слуха и слуховых функций;
- лабораторные методы исследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, серологические, иммунологические, исследования сахара крови при помощи глюкометра;
- функциональные методы исследования, в том числе ЭКГ, суточное мониторирование артериального давления;
- рентгенологические методы исследования, в том числе флюорографию и рентгенографию, компьютерную томографию, магниторезонансную томографию;
- ультразвуковые исследования и доплерографические исследования;
- введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно струйно, внутривенно капельно, подкожно, внутривожно;
- медицинский массаж, лечебную физкультуру, физиотерапевтическое лечение;
- мероприятия, направленные на профилактику или лечение пролежней, в том числе использование памперсов;
- проведение гигиенических процедур, в том числе умывание, подмывание, туалет полости рта, носа и ушей, стрижка волос и ногтей.

Я понимаю, что необходимость, других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

Настоящим я подтверждаю, что получил(а) всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего состояния (здоровья представляемого), объяснения в устной форме о необходимости лечения или ухода, план которого изложен в медицинской карте.

Я информирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а так же о том, что предстоит мне (лицу мной представляемому) делать во время их проведения;

Я извещен(а) о том, что мне (лицу мной представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, непрописанных лекарств;

Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (лицом мной представляемым) известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (лица

представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я ознакомлен(а) с распорядком и правилами обслуживания в ГБУЗ ЛК ДСУ, в том числе о запрете курения и распития спиртных напитков в пределах ГБУЗ ЛК ДСУ, а также на его территории. Я обязуюсь соблюдать все требования;

Я ознакомлен(а) с условиями и стоимостью услуг в том числе за пребывание в ГБУЗ ЛК ДСУ. Я обязуюсь своевременно производить оплату в кассу учреждения.

Я разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени и характере моего заболевания моим родственникам (законным представителям), гражданам:

Ф.И.О. (полностью) адрес, телефон

Ф.И.О. (полностью) адрес, телефон

Ф.И.О. (полностью) адрес, телефон

Я прошу не пропускать ко мне (лицу мной представляемого) граждан:

Ф.И.О. (полностью) адрес, телефон

Ф.И.О. (полностью) адрес, телефон

Ф.И.О. (полностью) адрес, телефон

Я внимательно ознакомился(лась) и согласен(сна) со всеми пунктами настоящего согласия на медицинское вмешательство, которое является приложением к договору на предоставление медицинских услуг от «___» _____ 2021г. и понимаю, что оно является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Информацию до пациента
(законного представителя) довел: _____
(должность, Ф.И.О.)

Подпись пациента

/законного представителя/ _____ / _____ - _____ / Дата « ___ » ____ 2021 г.