

Договор № _____

на оказание платных медицинских услуг

г. Москва

«_____» _____ 201__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Детская стоматологическая поликлиника № 63 Департамента здравоохранения города Москвы», в лице главного врача Пудовой Ольги Владимировны, действующего на основании Устава, имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности Л041-00110-50/00589553 от «06» июня 2012 года выданную Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, именуемое в дальнейшем «Исполнитель» с одной стороны, и

«Пациент» _____ (Ф.И.О. РЕБЕНКА)

и законный представитель пациента (родитель, либо иное лицо, действующее в интересах Пациента), именуемый в дальнейшем

Плательщик _____ (Ф.И.О.)

именуемый в дальнейшем «Плательщик», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. Исполнитель принимает на себя обязательства и гарантирует своевременно, качественно и в полном объеме оказывать Пациенту платные медицинские и иные услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, именуемые в дальнейшем «медицинские услуги» в соответствии с перечнем услуг, утвержденным Исполнителем и условиями настоящего Договора.

1.2. Плательщик обязуется производить своевременно и в полном объеме оплату, предоставляемых медицинских услуг в соответствии с утвержденным Исполнителем Прейскурантом, а также выполнять требования Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг.

1.3. Виды диагностического обследования и лечения, рекомендованные Пациенту, указаны в Перечне оказываемых услуг (Приложение №2 к Договору).

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. производить диагностическое обследование Пациента, необходимое и достаточное для определения объема и характера, оказываемых Пациенту медицинских услуг;

2.1.2. привлекать при необходимости в качестве консультантов специалистов различных медицинских профилей;

2.1.3. оказывать медицинские услуги качественно и в объеме в соответствии с предусмотренными медицинскими технологиями;

2.1.4. соблюдать врачебную этику и деонтологию;

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

2.1.6. предоставлять Пациенту, Плательщику бесплатную, доступную, достоверную информацию в том числе: о режиме работы Исполнителя, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях оказания медицинских услуг, о наличии сертификата соответствия, лицензии на медицинскую деятельность, о

квалификации и сертификации специалистов;

2.1.7.соблюдать конфиденциальность в отношении всей информации, полученной от Пациента, Плательщика ,включая его персональные данные, а также информации, полученной в ходе оказания медицинских услуг, не передавать указанную информацию кому бы то ни было без соответствующего разрешения пациента;

2.1.8.извещать Пациента, Плательщика о необходимости изменения программы лечения, сметы расходов, сроков и иных условий оказания медицинских услуг, согласованных в настоящем Договоре и Приложениях к нему;

2.1.9.информировать Пациента, Плательщика о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения, ознакомить с рекомендованным планом лечения;

2.1.10.обеспечивать соответствующую медицинскую подготовку медицинского персонала, что подтверждается действующими сертификатами специалистов;

2.1.11.предоставлять по запросу Пациента, Плательщика необходимые документы (справки, выписки, копии медицинских документов и пр.), в том числе для получения Пациентом налоговых льгот.

2.2. Исполнитель вправе:

2.2.1.требовать от Пациента, Плательщика:

- соблюдения графика прохождения процедур;
- соблюдения внутреннего режима ГБУЗ «ДСП № 63 ДЗМ»;
- соблюдения режима приема лекарственных препаратов и других предписаний.

2.2.2.определять объем и характер лабораторных, диагностических, инструментальных и других видов исследования, методов лечения;

2.2.3.в случае возникновения неотложного состояния Пациента, 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;

2.2.4.использовать результаты, описание хода лечения и прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без указания данных Пациента, достаточных для его идентификации;

2.2.6.изменять сроки, смету и иные условия оказания медицинских услуг в случае, если подобные изменения обусловлены состоянием здоровья Пациента (при возникновении неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований и оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи Пациенту) либо необходимостью привлечения в процессе лечения дополнительных медикаментов, либо услуг специалистов, которые отсутствуют у Исполнителя.

2.2.7.расторгнуть договор с Пациентом, Плательщиком в случае, указанном в п.2.4.4. настоящего договора.

2.3. Пациент обязан:

2.3.1.сообщать лечащему врачу подробную информацию о состоянии своего здоровья, отягощенной наследственности, все сведения о перенесенных и имеющихся у него заболеваниях, известных пациенту аллергических реакциях, о наличии противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, а также иных известных ему особенностях организма, способных оказать влияние на ход лечения и его эффективность, другую информацию, влияющую на лечение, указанное в Приложении № 1 к настоящему Договору;

2.3.2.выполнять все требования медицинского персонала Исполнителя в период прохождения всего курса лечения;

- 2.3.3.соблюдать график приема врачей-специалистов;
- 2.3.4.соблюдать правила внутреннего распорядка и режим в амбулаторно-поликлиническом отделении;
- 2.3.5.при прохождении курса лечения сообщать лечащему врачу о любых изменениях самочувствия;
- 2.3.6.при прохождении всего курса лечения отказаться от употребления наркотиков, психотропных препаратов, алкоголя;
- 2.3.7.согласовывать с лечащим или дежурным врачом употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей, и т.д.;
- 2.3.8.своевременно производить оплату оказываемых медицинских услуг в сумме, указанной в Приложении № 2, и по окончании оказания медицинских услуг производить окончательный расчет с Исполнителем;

2.4. Пациент, Плательщик вправе:

- 2.4.1.требовать от Исполнителя расчета стоимости оказываемых услуг;
- 2.4.2.выбрать лечащего врача (с учетом его согласия);
- 2.4.3.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 т. д.;
- 2.4.4.отказаться в письменной форме от медицинского вмешательства, в этом случае стороны расторгают настоящий договор;
- 2.4.5.требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии (соблюдения врачебной тайны);
- 2.4.6.давать добровольное информированное согласие по установленной Исполнителем форме на любое медицинское вмешательство;
- 2.4.7.отказаться от получения медицинских услуг полностью или частично;
- 2.4.8.предъявлять претензии, требовать возмещения ущерба, отказаться от оплаты в случае ненадлежащего оказания услуг.

3. Порядок предоставления медицинских услуг

3.1.При заключении настоящего Договора Пациент, Плательщик подписывает Добровольное Информированное Согласие на оказание платных медицинских услуг (Приложение № 1 к Договору), а Исполнитель составляет Перечень оказываемых услуг (Приложение № 2 к Договору), в котором определяется стоимость оказываемых услуг.

3.2.Сроки изготовления ортодонтических пластинок устанавливаются Приказом Главного врача, сроки изготовления ортопедических коронок составляет не более 15 рабочих дней. В ходе оказания услуг объем, характер, сроки и стоимость медицинских услуг могут быть скорректированы Исполнителем.

3.3.При проведении различных манипуляций (диагностических, лечебных, инструментальных и пр.) и медицинских вмешательств, на каждое из них, Пациент, Плательщик подписывает добровольное информированное согласие, копия которых в обязательном порядке подклеиваются в карту Пациента. Подписанные согласия являются неотъемлемой частью настоящего Договора.

3.4.При оказании медицинских услуг Пациенту с привлечением иных медицинских учреждений, Исполнитель гарантирует координацию действий медицинского персонала, обеспечивает получение и предоставление полноценной и достоверной информации о ходе обследования и лечения.

3.5.При не соблюдении Пациентом, Плательщиком п. 2.3.4. и п. 2.3.6. настоящего

Договора Исполнитель может отказаться от дальнейшего оказания услуг и выписать Пациента с пометкой в медицинских документах о нарушении режима.

4. Стоимость и порядок оплаты услуг

4.1. Стоимость медицинских услуг устанавливается в российских рублях по ценам в соответствии с действующим прейскурантом.

4.2. Оплата медицинских услуг осуществляется Пациентом, Плательщиком в порядке 100% предоплаты суммы, указанной в Перечне оказываемых услуг (Приложении №2 к Договору) путем внесения наличных денежных средств через платежный терминал Исполнителя или безналичным платежом на счет Исполнителя.

4.3. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения с согласия Пациента, Плательщика, стоимость услуг может быть изменена Исполнителем. Изменение стоимости с учетом уточненного диагноза, сложности операции и иных затрат на лечение должно быть произведено путем подписания обеими сторонами дополнительного соглашения к настоящему Договору.

4.4. По окончании предоставления медицинских услуг Пациент, Плательщик производит окончательный расчет с Исполнителем за оказанные услуги в полном объеме.

5. Ответственность сторон

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

5.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, причиной которого стало нарушение Заказчиком условий настоящего договора, а так же по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

5.3. 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 чрезвычайных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки, принятие компетентными органами решений и т.п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему Договору.

6. Порядок разрешения споров

6.1. Пациент, Плательщик и Исполнитель примут все меры к разрешению всех споров и/или разногласий, которые могут возникнуть из настоящего Договора или в связи с ним, путем переговоров.

6.2. В случае если Стороны не могут прийти к соглашению, все споры и/или разногласия, возникшие из настоящего Договора или в связи с ним, подлежат разрешению в суде общей юрисдикции по месту нахождения Исполнителя.

7. Общие положения

7.1. Все изменения и дополнения к настоящему Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны Сторонами.

7.2. Все приложения к договору, акты, заявления, согласия являются его неотъемлемыми частями.

7.3. После подписания настоящего Договора все предыдущие письменные и устные соглашения, переговоры и переписка между Сторонами теряют силу, если на них

отсутствует ссылка в настоящем Договоре.

7.4. Настоящий Договор подписан в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.

7.5. Договор вступает в силу с момента подписания и действует до полного исполнения сторонами взятых на себя обязательств.

7.6. По вопросам, не отраженным в настоящем Договоре, Стороны руководствуются нормами законодательства Российской Федерации.

7.7. Гарантийные сроки на стоматологические услуги указаны в «Положении о гарантийных сроках и сроках службы на стоматологические услуги и работы, производимые в ГБУЗ «ДСП № 63 ДЗМ»

8. Адреса, банковские реквизиты и подписи сторон

Платательщик:

Ф.И.О.

Паспорт:

серия _____ номер _____,

Кем выдан _____

Дата выдачи «__» _____ г.

Зарегистрирован.:

Проживает: _____

Телефон: _____

_____/_____/

Подпись Ф.И.О.

Исполнитель:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Детская стоматологическая поликлиника № 63

Департамента здравоохранения города

Москвы».

ИНН 7731138208; КПП 773101001;

ИНН 7731138208; КПП 773101001;

Получатель: Департамент финансов города Москвы (ГБУЗ «ДСП №63 ДЗМ») л/счет 2605442000680761);

ГУ Банка России по ЦФО//УФК

по г.Москве г.Москва

адрес банка: 115035 г.Москва М-35,

ул.Балчуг, 2

Р/счет: 032224643450000007300

к/сч 40102810545370000003

тел./факс 8/495/417-42-26

Адрес: 121351, г. Москва,

ул. Молодогвардейская, д.43

Тел./факс: 8(495) 417-42-26

8(965) 390-08-86

e-mail.ru: dsp63@zdrav.mos.ru

Главный врач _____ О.В. Пудова
М.П.

к Договору № _____

от « ____ » _____ г.

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ**на оказание платных медицинских услуг**

Я, Плательщик _____ **(Ф.И.О),**
представитель пациента _____ **(Ф.И.О. ребенка),**
в рамках договора об оказании платных медицинских услуг желаю получить платные медицинские услуги в ГБУЗ «ДСП № 63 ДЗМ», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1.Я, получив от сотрудников ГБУЗ «ДСП № 63 ДЗМ» полную информацию о возможности и условиях предоставления Пациенту бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.

2.Мне разъяснено, что Пациент может получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

3.Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое лечение не гарантирует 100% результат, и что при проведении операции и после нее, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения.

4.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, ГБУЗ «ДСП № 63 ДЗМ» не несет ответственности за их возникновение.

5.Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я (Плательщик) должен (на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.

6.Я ознакомлен(на) с действующим прейскурантом и согласен(на) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.

7.Виды выбранных платных медицинских услуг согласованы с врачом и я даю свое согласие на их оплату.

8.Я проинформирован(на), что по поводу имеющегося у Пациента заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в ГБУЗ «ДСП № 63 ДЗМ».

9.Настоящее согласие мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных Пациенту видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Плательщик: _____

Подпись

(Ф.И.О.)

**ПЕРЕЧЕНЬ
ОКАЗЫВАЕМЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

№ п/п	№ услуги по прейскуранту	Кол-во услуг	Цена услуги руб.	Стоимость руб.
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				

ИТОГО: _____

Представитель Исполнителя

_____/_____
(подпись) (Ф.И.О.)

Представитель пациента/ (Пациент)

_____/_____
(подпись) (Ф.И.О.)

Мне, _____ предоставлена в доступной
форме информация о возможности получения соответствующих видов и
объемов медицинской помощи, без взимания платы в рамках
государственных гарантий, установленных законодательством
Российской Федерации.

подпись

(Ф.И.О)

« ____ » _____ 20 ____ г.

**Уведомление пациента (его законного представителя) о
несоблюдение назначений (рекомендаций) врача при оказании
платных услуг**

Я, _____, предупрежден(а) о том, что
несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя
(медицинского работника, предоставляющего 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 состояние здоровья.

подпись

(Ф.И.О)

« ____ » _____ 20 ____ г.