

г.Гурьевск

Государственное автономное учреждение здравоохранения Кемеровской области «Гурьевская стоматологическая поликлиника» в лице главного врача Шикиной Натальи Владимировны, действующей на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(гражданка) \_\_\_\_\_, дата рождения (месяц/число/год) \_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», «Законный представитель» \_\_\_\_\_,

Заполняется в случае заключения договора Заказчиком или Законным представителем Потребителя в интересах Потребителя с одной стороны, и с другой стороны заключили настоящий договор о нижеследующем:

### 1. Предмет договора

1.1. В соответствии с настоящим Договором Исполнитель обязуется в соответствии с лицензиями № ЛО-42-01-004842 от 30 декабря 2016г, оказывать Пациенту на возмездной основе медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным, на территории РФ, а Пациент обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставляемых медицинских услуг, а также выполнять требования Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.

По квитанции № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 2018г.

Стоимость услуг составляет \_\_\_\_\_.

1.3. При исполнении настоящего Договора стороны руководствуются действующим законодательством, регулирующим предоставление платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями.

### 2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

2.1. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в помещении Исполнителя по адресу: Г.Гурьевск, ул. 30 лет Победы, 38

2.2. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией Исполнителя и доводится до сведения Пациента.

2.3. Предоставление услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Пациента на прием. Предварительная запись Пациента на прием осуществляется через регистратуру Исполнителя посредством телефонной и иной связи. Телефон регистратуры: 8 (384-63) 5-43-64 работают с 8.00 до 15.30.

### 3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ.

3.1. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору производится Пациентом в полном объеме до оказания услуги, если иной порядок не предусмотрен настоящим Договором или соглашением сторон. Оплата услуг Исполнителю производится Пациентом всеми способами, не запрещенными законодательством РФ.

3.2. Исполнитель в особых случаях может принять в качестве способа расчета за оказанные Пациенту услуги медицинскую страховку Пациента на условиях и в порядке, предусмотренном настоящим Договором и страховым полисом Пациента. При несогласии Исполнителя принять такой способ расчета Пациент производит оплату услуг в соответствии с пунктом 3.1 настоящего Договора.

### 4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Пациент имеет право:

при несоблюдении медицинским учреждением обязательств по срокам предоставления и качеству услуг: назначить новый срок оказания услуги; потребовать уменьшения стоимости предоставленных услуг; потребовать исполнения услуги другим специалистом;

расторгнуть договор и потребовать возмещения убытков.

4.2. Пациент обязан:

оплатить стоимость предоставляемой медицинской услуги в соответствии с условиями договора; давать информацию лечащему врачу о своем самочувствии, прошлых заболеваниях, госпитализациях, проведенном лечении и других вопросах, касающихся своего здоровья, сообщать о неожиданных переменах в состоянии здоровья в период лечения; выполнять предписание лечащего врача, соблюдать план лечения, составленный лечащим врачом, выполнять требования медицинских сестер и другого медицинского персонала при выполнении ими различных процедур или указаний лечащего врача, а также требования правил поведения в медицинском учреждении, утвержденных его руководителем;

заботится о своем здоровье, не предпринимать действий, наносящих ущерб здоровью других граждан.

Согласно правилу, предусмотренному положениями пункта 3 статьи 781 Гражданского кодекса Российской Федерации, в случаях, когда невозможность предоставления платной медицинской услуги возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает, пациент возмещает медицинскому учреждению фактически понесенные им расходы, если иное не предусмотрено договором оказания платных услуг.

4.3. Пациент несет ответственность:

за достоверность информации о своем здоровье, предоставляемой медицинскому учреждению и страховщику;

за оплату медицинской услуги в полном объеме, если ее оказание стало невозможным по его вине.

4.4. Исполнитель имеет право:

предоставлять населению медицинские услуги на платной основе сверх видов, объемов и условий оказания населению бесплатной медицинской помощи, предусмотренных Территориальной программой;

требовать от пациента информации о его самочувствии, прошлых заболеваниях, госпитализациях, проведенном лечении и других вопросах, касающихся его здоровья, сообщения о неожиданных переменах в состоянии здоровья в период лечения;

требовать от пациента выполнения предписаний лечащего врача, соблюдения плана лечения, составленного лечащим врачом, выполнения требований медицинских сестер и другого медицинского персонала при выполнении ими различных процедур или указаний лечащего врача, а также требований правил поведения в медицинском учреждении, утвержденных его руководителем.

4.5. Исполнитель обязан:

предоставить пациенту кассовый чек и его копию или иной документ, удостоверяющий факт оплаты медицинской услуги;

в момент продажи медицинской услуги информировать пациента о времени, сроках и условиях получения медицинской услуги, её стоимости, гарантиях и сроках эксплуатации протезов ( в случае протезирования), возможных последствиях и осложнениях;

в случае возникновения осложнений по вине медицинских работников оказывать медицинскую помощь пациенту бесплатно, в том числе бесплатно, в том числе и выходящую за рамки Территориальной программы;

расторгать договор на оказание платных услуг в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.6 Ответственность Исполнителя:

в соответствии с действующим законодательством Исполнитель несет ответственность:

за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, за причинение вреда здоровью и жизни пациента;

за несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенных на территории Российской Федерации;

Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение медицинской услуги, оказанной на платной основе, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, а также иным основаниям, предусмотренным законом.

### 5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

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

5.2. 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.

5.3. 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.

### 6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. Исполнитель несет ответственность в соответствии с законодательством РФ в размере реального ущерба, причиненного Пациенту:

- за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора;
- за причинение вреда здоровью и жизни Пациента.

6.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Пациентом условий настоящего Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

#### 7. РАССМОТРЕНИЕ СПОРОВ

7.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, разрешаются сторонами путем переговоров.

7.2. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

#### 8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

8.1. Срок действия настоящего Договора: с момента его подписания сторонами до получения Пациентом услуг (подтверждением получения Пациентом услуг является Заключение по результатам диагностического обслуживания или Выписка из истории болезни).

8.2. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

8.3 Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе любой из сторон с обязательным предварительным уведомлением друг друга.

#### 9. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН:

Исполнитель	Пациент или Законный представитель
Государственное автономное учреждение здравоохранения Кемеровской области «Гурьевская стоматологическая поликлиника»	

Приложение 2К Положению о порядке оказания медицинских услуг на платной основе

сверх Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Гурьевского района

#### ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

на предоставление медицинских услуг на платной основе

Главному врачу

Шикиной Н.В.

(наименование ЛПУ, ф.и.о.)

\_\_\_\_\_ 2018г.

На основании пункта 7 статьи 30 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан

я, \_\_\_\_\_

медицинская карта № \_\_\_\_\_, желаю получить платные медицинские услуги в Государственное автономное учреждение здравоохранения Кемеровской области «Гурьевская стоматологическая поликлиника». Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение о предлагаемых платных медицинских услугах.

Мне разъяснено, что я не могу получить бесплатно, в рамках системы обязательного Медицинского страхования и Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Кемеровской области, следующие медицинские услуги.

Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним за счет своих личных средств и иных источников дохода, не запрещенных действующим законодательством. Я заключаю договор на предоставление платных медицинских услуг в устной форме.

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

\_\_\_\_\_ (подпись пациента)

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)