Приложение №1
к приказу № 253/1-Аот 01.09.2023

ДОГОВОР №
о предоставлении платных медицинских услуг

г. Волгоград г.

Государственное учреждение здравоохранения «Больница № 16», адрес местонахождения: 400080, город Волгоград, улица Пятиморская, дом 7, свидетельство о государственной регистрации юридического лица от 26.12.2012 г. серия 34 № 003996754, выдано Межрайонной Инспекцией Федеральной налоговой службы России № 11 по Волгоградской области, ОГРН1023404362850, ИНН3448906033, лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01146-34/00367717 от 07 марта 2018 года выдана комитетом здравоохранения Волгоградской области, адрес местонахождения: 400001, город Волгоград, улица Рабоче-Крестьянская, дом 16, телефон (8442) 30-99-98, 30-99-99 (перечень медицинских услуг указаны в разделе 7 данного Договора), именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице главного врача Захарова Сергея Федоровича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и

_____
(фамилия, имя, отчество физического лица, получающего медицинские услуги)

_____
адрес места жительства, иные адреса, на которые Исполнитель может направить ответы на письменные обращения

_____
номер телефона

_____
данные документа, удостоверяющего личность (вид документа, серия и номер, кем выдан, дата выдачи, код подразделения)

именуемый в дальнейшем Потребитель

_____
(фамилия, имя, отчество физического лица, оплачивающего медицинские услуги)

_____
адрес места жительства, номер телефона

_____
данные документа, удостоверяющего личность (вид документа, серия и номер, кем выдан, дата выдачи, код подразделения)

Именуемый в дальнейшем Заказчик с другой стороны, вместе именуемые Стороны, заключили нестоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1 Исполнитель обязуется оказать Потребителю медицинские услуги на условиях, определенных настоящим Договором, а Потребитель (Заказчик) обязуется оплатить указанные услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

1.2. Перечень и стоимость платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором:

_____

_____

_____

(наименование услуг в соответствии с утвержденным прейскурантом стоимости)

1.3. Медицинская(ие) услуга(и) оказывается врачом: _____

(Ф.И.О., вторая, первая, высшая категория, ученая степень, звание – нужное указать)

1.4.Сроки ожидания оказания медицинской помощи в плановой форме для:

- первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме не должны превышать 2 часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию;
- приема врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами) не должны превышать 24 часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию;
- проведения консультаций врачами специалистами не должны превышать 14 календарных дней со дня обращения пациента в медицинскую организацию;
- проведения диагностических инструментальных и лабораторных исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи не должна превышать 14 календарных дней со дня назначения;
- специализированной медицинской помощи не должна превышать 30 календарных дней со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию.

1.3. Потребитель подтверждает, что согласен на осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

1.4. При необходимости Потребителю могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень и сроки оказания которых согласуются Сторонами в дополнительном соглашении к настоящему Договору.

2. Обязанности и права Исполнителяи Потребителя (Заказчика)

2.1. Обязанности Исполнителя:

2.1.1. Организовать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе положениями об организации оказания медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, организации медицинской реабилитации и санитарно-курортного лечения, проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи.

2.1.2. В соответствии с пунктом 20 Постановления Правительства РФ от 11 мая 2023г. №736 уведомить Потребителя о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ

«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

Уведомление:

Несоблюдение правил поведения пациента в медицинской организации и режима лечения, в том числе назначенных рекомендаций Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую) может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя. Подтверждаю, что уведомлен(а) до заключения договора на оказание платной медицинской услуги.

ПодписьПотребителя_____расшифровка_____.

2.1.3. Информировать Потребителя (Заказчика) о порядке предоставления платных медицинских услуг, что фиксируется подписью Потребителя (Зкакзчика) в приложении №1
к данному договору.

2.1.4. Обеспечить Потребителя (Заказчика) бесплатной, доступной и достоверной информацией об оказываемой медицинской помощи.

2.1.5. После исполнения Договора выдать Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставления платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях в течение 5 рабочих дней.

2.1.6.Обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством РФ.

2.2. Обязанности Потребителя(Заказчика)

2.2.1.Информировать Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, о состоянии своего здоровья, заполнив при этом анкету состояния здоровья Пациента (приложение № 2 к данному договору) и предоставить имеющуюся медицинскую документацию, касающуюся предмета обращения за медицинской помощью.

2.2.2. Произвести оплату за предоставленную(ые) медицинскую(ие) услугу(и) в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором..

2.2.3. Соблюдать предписанный лечебно-охранительный режим, правила внутреннего распорядка лечебного учреждения.

2.2.4.Незамедлительно ставить в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты и сроки оказываемых медицинских услуг.

2.3. Потребитель (Заказчик) имеет право:

2.3.1. Потребитель (Заказчик) имеет право получить информацию о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья.

2.3.2. Получить от Исполнителя услуги, предусмотренные настоящим Договором.

2.4. Исполнитель имеет право:

2.4.1. Получать от Потребителя информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.

2.4.2. Получить вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.

2.5. Потребитель (Заказчик) и Исполнитель обладают иными правами и несут иные обязанности, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

3. Оплата услуг

3.1. Стоимость предоставляемых медицинских услуг устанавливается на основании прейскуранта стоимости платных медицинских услуг (тарифов), утвержденных руководителем муниципального учреждения здравоохранения и составляет

_____( )_____*руб* ____*коп*_____

3.2. Оплата Потребителем (Заказчиком) стоимости услуг осуществляется путем перечисления суммы денежных средств, указанных в пункте 5.1 настоящего Договорана лицевой счет Исполнителя, либо в кассу Исполнителя.

3.3. Потребитель (Заказчик) осуществляет 100%-ную предоплату медицинских услуг при заключении договора.

3.4. Стоимость услуги может быть изменена в соответствии с утвержденным прейскурантом (тарифами). Изменение стоимости услуги оформляется дополнительным соглашением к настоящему договору.

4. Ответственность сторон

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору Исполнитель и Потребитель(Заказчик) несут ответственность, предусмотренную настоящим договором и действующим законодательством РФ.

4.2. За нарушение установленных настоящим Договором сроков исполнения услуг Потребитель вправе требовать с Исполнителя выплаты неустойки в размере 3% за каждый день просрочки от стоимости услуги, срок оказания которой нарушен Исполнителем.

4.3. За нарушение установленных настоящим Договором сроков оплаты медицинских услуг Исполнитель вправе требовать с Пациента выплаты неустойки в размере 3% за каждый день просрочки от стоимости услуги, не оплаченной Пациентом.

4.4. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоят непреодолимой силы.
4.5. Все споры, возникшие междусторонами, разрешаются путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в судебном порядке в соответствии с законодательством РФ.

5. Срок действия договора и другие условия

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.
5.2. Настоящий договор считается полностью исполненным только после подписания Сторонами Акта о предоставлении платных медицинских услуг (приложение № 3 к данному договору).
5.3. Договор составлен в трех экземплярах, по одному для каждой из сторон, имеющих равную юридическую силу.
5.4. По соглашению сторон допускается использование факсимильного воспроизведения подписи.

6. Порядок изменения и расторжения Договора

6.1. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, а также в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством.
6.2. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме.
6.3. В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.
6.4. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством.

7. Перечень медицинских услуг

7.1. В соответствии с лицензией Исполнитель вправе оказывать следующие медицинские услуги (выполнять работы):
(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: акушерскому делу; анестезиологии и реаниматологии; бактериологии; вакцинации (проведению профилактических прививок); лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; неотложной медицинской помощи; медицинской статистике; медицинскому массажу; операционному делу; организации сестринского дела; рентгенологии; сестринскому делу;

физиотерапии; функциональной диагностике; эпидемиологии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); неотложной медицинской помощи; терапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: бактериологии; гастроэнтерологии; гериатрии; инфекционным болезням; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; клинической фармакологии; неврологии; неотложной медицинской помощи; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; рентгенологии; сексологии; стоматологии терапевтической; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; эндоскопии; эпидемиологии. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующий работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственному прерыванию беременности); акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности); клинической фармакологии; неврологии, терапии; хирургии; при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственному прерыванию беременности); акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности); анестезиологии и реаниматологии; вакцинации (проведению профилактических прививок); диетологии; инфекционным болезням; клинической лабораторной диагностике; клинической фармакологии; лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; мануальной терапии; медицинской статистике; медицинскому массажу; неврологии; операционному делу; организации здравоохранения и общественному здоровью; организации сестринского дела; рентгенологии; сестринскому делу; терапии; трансфузиологии; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; эндоскопии; эпидемиологии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); медицинским осмотрам (предсменным, послесменным); медицинским осмотрам профилактическим; при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию кандидатов в усыновители, опекуны (попечители) или приёмные родители; медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством;

медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе профессиональной пригодности; экспертизе временной нетрудоспособности.)

9. Реквизиты и подписи Сторон

«Исполнитель»:	«Заказчик»:	«Потребитель»:
ГУЗ «Больница № 16» 400080, г. Волгоград, ул. Пятиморская, 7 ИНН 3448906033, КПП 344801001 р/сч 40601810700001000002 отделение Волгоград УФК по Волгоградской области (ГУЗ «Больница № 16», л/с 029611122970) БИК 041806001 Главный врач ГУЗ «Больница № 16» _____/ С.Ф. Захаров/	_____ (ф.и.о. физического.лица) _____ (паспортные данные физ. лица) _____ (адрес места жительства) _____ (подпись, расшифровка)	_____ (ф.и.о. физического.лица) _____ (паспортные данные физ. лица) _____ (адрес места жительства) _____ (подпись, расшифровка)

Приложение № 1
к договору №
от г.

Информированное согласие пациента
на предоставление платных медицинских услуг

Я, _____
(Ф.И.О. пациента)

в рамках договора об оказании платных медицинских услуг, желаю получить медицинские услуги в

ГУЗ «Больница № 16»
(наименование медицинского учреждения здравоохранения)

При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я получил(а) от сотрудников учреждения здравоохранения полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в данном учреждении в рамках программы государственных гарантий получения бесплатной медицинской помощи и даю свое согласие на предоставление мне платных услуг.
2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько или целый комплекс платных медицинских услуг.
3. Мне разъяснено и я полностью осознав, что проводимое мне лечение не гарантирует 100% результат и что как при предоставлении медицинских услуг, так и после их предоставления, возможны различные осложнения, обусловленные индивидуальными биологическими особенностями организма.
4. Я полностью согласен(а) с тем, что используемая при моем лечении технология не может на 100% исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных индивидуальными биологическими особенностями организма, и в том случае, если предоставленная медицинская услуга была осуществлена с учетом всех необходимых требований, учреждение здравоохранения не несет ответственности за их возникновение.
5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей учреждения здравоохранения.
6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения, и по согласованию с врачом были выбраны(а) следующие виды медицинских услуг, которые я желаю получить на платной основе:

_____

_____

_____

7. Я ознакомлен(а) с действующим в учреждении здравоохранения прейскурантом цен на платные медицинские услуги и согласен(на) оплатить стоимость указанной(ых) медицинской(их) услуг(и) в соответствии с ним.

8. Виды выбранных мною и согласованных с врачом платных медицинских услуг я согласен(на) оплатить в кассу учреждения здравоохранения либо безналичным перечислением на лицевой счет учреждения в сумме

( )

9. Я проинформирована(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных заведениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной(ых) медицинской(их) услуг(и) в данном учреждении здравоохранения.

10. Настоящее информированное согласие мною внимательно прочитано, претензий и замечаний по данному мною информированному согласию не имеется, в связи с чем я даю согласие на проведение вышеуказанных медицинских услуг.

11. Специалист, оказывающий платную медицинскую услугу _____

,

(Ф.И.О., вторая, первая, высшая категория, ученая степень, звание – нужное указать)

Исполнитель:	**Потребитель:**
ГУЗ «Больница № 16»	
(наименование мед. учреждения)	(ф.и.о.)
	(паспортные данные)
400080, г. Волгоград, ул. Пятиморская, 7	
(юридический адрес)	(адрес места жительства)
	(подпись, расшифровка подписи)

Приложение № 2
к договору № _____
от _____ г.

Анкета состояния здоровья пациента

Внимательно прочитайте анкету и ответьте на поставленные вопросы. Данная информация необходима для безопасности здоровья и наибольшей эффективности лечения при предоставлении Вам медицинских услуг.
Примечание: данная анкета заполняется собственноручно.

Находитесь ли Вы в настоящее время под наблюдением какого-либо врача? Если да, то по какой причине?	
Был ли у Вас инфаркт миокарда, стенокардия, хирургические операции на сердце, нарушение ритма сердца? Если да, то когда?	
Страдаете ли Вы повышением (понижением) артериального давления, анемией?	
Вы пользуетесь кардиостимулятором?	
Болеете ли Вы ревматизмом, ревматическим поражением сердца, врожденными пороками сердца?	
Был ли у Вас гепатит, если да, то какой формы?	
Имеются ли у Вас заболевания печени?	
Болели ли Вы туберкулезом?	
Болели ли Вы диабетом?	
Страдаете ли Вы заболеваниями щитовидной железы?	
Были ли у Вас припадка, обмороки?	
Имеются ли Вас заболевания системы крови?	
Страдаете ли Вы заболеваниями дыхательной системы, бронхиальной астмой?	
Бывают ли у Вас аллергические реакции на лекарственные препараты, продукты питания и др.? Если да, то указать на какие.	
Принимаете ли Вы лекарственные препараты в настоящее время	
Были ли у Вас травмы головы, шеи, позвоночника?	
Страдаете ли Вы венерическими заболеваниями, вирусом иммунодефицита человека (СПИД)?	
Для женщин: беременны ли Вы?	
Имеете ли Вы какие-либо другие серьезные сопутствующие заболевания или перенесенные операции?	
Добавьте то, что считаете важным.	

«___» _____ 20__ г. Ф.И.О. пациента _____
(дата заполнения)

_____ _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Приложение № 3
к договору №
от г.

АКТ №
о выполнении Договора № от г.
о предоставлении платных медицинских услуг

г. Волгоград г.

Государственное учреждение здравоохранения «Больница № 16», именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице главного врача Захарова Сергея Федоровича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и

_____
(Ф.И.О.)

именуемый в дальнейшем Потребитель,

_____
(Ф.И.О)

именуемый в дальнейшем Заказчик
с другой стороны, а вместе именуемые Стороны составили настоящий акт о нижеследующем:

На основании заключенного между Исполнителем и Потребителем (Заказчиком) Договора о предоставлении платных медицинских услуг № от г.

_____

_____

_____
(наименование платных услуг)

По окончании работ выявлено:

1. Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок, в соответствии с Договором.
2. Потребитель (Заказчик) претензий по объему и срокам оказания услуг не имеет.

Подписи сторон:

«Исполнитель»:	**«Потребитель»:**	**«Заказчик»:**
ГУЗ «Больница № 16»		
_____ /	_____	_____
(врач-исполнитель)	(подпись, расшифровка подписи)	(подпись, расшифровка подписи)

Приложение №2
к Приказу №253/1-А от 01.09.2023г.

Дополнительное соглашение №
к договору о предоставлении платных медицинских услуг
от ___.___.20___ № __

г.Волгоград *«___»_____20 ___г.*

Государственное учреждение здравоохранения «Больница № 16» в дальнейшем Исполнитель, в лице главного врача Захарова Сергея Федоровича, действующего на основании _____, с одной стороны, и Потребитель в лице _____
Заказчик в лице_____.
с другой стороны, заключили дополнительное соглашение об оказании Потребителю дополнительных медицинских услуг:

1. Стороны пришли к соглашению, что Исполнитель оказывает Заказчику следующие платные медицинские услуги:

код услуги	Наименование услуги	Коли-чество	Цена услуги	Стоимость
	Всего к оплате			

2. П.3.1. Договора о предоставлении платных медицинских услуг от _____ №_____ дополнить словами: «Стоимость предоставляемых медицинских услуг по данному дополнительному соглашению составляет _____(_____), НДС не облагается».
3. Потребитель (Заказчик) осуществляет оплату в размере, установленном п.2 настоящего дополнительного соглашения.
4. Дополнительное соглашение считается заключенным с момента его подписания Сторонами и составлено в 2 (3) двух (трех) экземплярах: для Потребителя (Заказчика) и Исполнителя.
5. Соглашение является неотъемлемой частью Договора на оказание платных медицинских услуг от _____№_____.
6. Стороны договорились о возможности использования факсимального воспроизведения подписи руководителя Исполнителя.

«Исполнитель»: **«Потребитель»:** **«Заказчик»:**

7. ГУЗ «Больница № 16»

_____ / _____ _____
(врач-исполнитель) (подпись, расшифровка подписи) (подпись, расшифровка подписи)