До заключения договора Исполнитель **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Калининградской области «Родильный дом Калининградской области №3»,** уведомляет Потребителя/Пациента о том, что в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", обязан соблюдать режим лечения и правила поведения пациента в медицинском учреждении. Несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную 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 состоянии здоровья Потребителя.

До заключения договора Потребитель ознакомлен с Прейскурантом цен на платные медицинские услуги утвержденный в **Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Калининградской области «Родильный дом Калининградской области №3»,** Лицензией на осуществление медицинской деятельности, ее номере, сроках действия, а также информация об органе, выдавшем указанную лицензию, Сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации.

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Калининградской области «Родильный дом Калининградской области №3»** **(далее Роддом №3)** информирует о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, информация о которых, в том числе находится в свободном доступе на информационных стендах Учреждения, а также на официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» по адресу: rd3.infomed39.ru

Настоящим Потребитель/Пациент подтверждает, что в соответствии с п. 4 ст. 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ дает свое согласие Исполнителю на обработку персональных данных (фамилия, имя, отчество, дата рождения, место регистрации, место проживания, данные документа удостоверяющего личность).

Потребитель/Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО, подпись)

**Договор N \_\_\_\_\_**

**на оказание платных медицинских услуг**

|  |  |
| --- | --- |
| г.Калининград | "\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. |

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Калининградской области «Родильный дом Калининградской области №3», юридический адрес: г.Калининград, ул. Аллея Смелых, 136/138, ОГРН1023901644150, ИНН 3907012388, лицензия на осуществление медицинской деятельности от "15"августа 2017 года N Л041-01157-39/00315782, предоставлена Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, срок действия лицензии: бессрочно, именуем в дальнейшем "Исполнитель", в лице Исполняющего обязанности главного врача Клименко Юрия Александровича, действующего на основании Устава, с другой стороны ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Потребитель/Пациент», вместе именуемые "Стороны", заключили настоящий 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;

Заказчик - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с настоящим Договором в пользу потребителя;

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](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=436343&date=18.09.2023) 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.

1.1 Исполнитель обязуется по желанию и с согласия Потребителя/Пациента при наличии медицинских показаний оказать Потребителю/Пациенту платные медицинские услуги, а Потребитель/Пациент – принять и оплатить оказанные услуги по прайсу (Прейскуранту) Исполнителя в соответствии с условиями настоящего Договора.

Наименование медицинской услуги

**1.Предмет договора**

1.1 Место оказания услуг: 236011, г.Калининград, ул. Аллея Смелых,140, г.Калининград, ул. Омская, 2-6а, г.Калининград, ул. Павлика Морозова, д.90. (нужное подчеркнуть).

1.2 Настоящий договор обеспечивает реализацию прав Потребителя/Пациента на получение платных медицинских услуг в Роддоме №3 в соответствии с действующим Постановлением Правительства РФ "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг" и Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

1.3 Медицинские услуги оказываются Потребителю/Пациенту в виде отдельных медицинских консультаций или медицинских вмешательств (далее – Медицинские услуги) из числа перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя, указанных в разрешительной документации на осуществление медицинской деятельности, выданной Исполнителю в установленном порядке и действующей по месту оказания Медицинских услуг: Лицензия на осуществление медицинской деятельности Л041-01157-39/00315782 от 15.08.2017 г., бессрочно Министерство Здравоохранения Калининградской области (далее – Лицензия), (адрес и телефон органа, выдавшего Лицензию: юридический адрес: г. Калининград, ул. Д. Донского, 1; Место нахождения: 236016, г. Калининград, Московский проспект, 95, каб. 32; тел. +7(4012) 46-53-11, 46-53-55.

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя согласно Лицензии: при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерскому делу; акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); анестезиологии и реаниматологии; вакцинации, медицинской статистике; неонатологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, сестринскому делу, терапии. трансфузиологии, ультразвуковой диагностики. При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы(услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности. Сведения о перечне работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, лицензии на осуществление медицинской деятельности находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также Копия (или выписка из электронного реестра) Лицензии на осуществление медицинской деятельности находится в доступной форме на сайте <https://roszdravnadzor.gov.ru/services/licenses>, на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»: [rd3.infomed39.ru](file:///C:\Users\Nina\Desktop\Договор%20по%20платным%20услугам\rd4.infomed39.ru). Потребителю/Пациенту при заключении настоящего Договора по его желанию предоставляется заверенная копия Лицензии;

при оказании первичной медико-санитарной помощи по акушерскому делу; анестезиологии и реаниматологии; лабораторной диагностике; медицинской статистике, сестринскому делу; физиотрерапии;

при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии;

при оказании первичной специализипрованной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); анестезиологии и реаниматологии; генетике; клинической лабораторной диагностике; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; ультразвуковой диагностике;

при проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности.

при оказании специализированной, в том числе высокотехнологической, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); сестринскому делу;

при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерскому делу; акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); анестезиологии и реаниматологии; диетологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; сестринскому делу;

при проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности.

Номер и дата приказа (распоряжения) лицензирующего органа:№6929 от 29.07.2022 г.

**2. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг.**

2.1 Основанием для предоставления платных медицинских услуг является добровольное желание Потребителя/Пациента получить медицинские услуги за плату, наличие медицинских показаний и технической возможности для оказания медицинских услуг.

2.2. Платные медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензиями на медицинскую деятельность, порядками, стандартами (в полном объеме порядков и стандартов, либо в объеме превышающем соответствующий порядок и/или стандарт и/или в виде отдельных медицинских вмешательств – по соглашению сторон) и других документов, в соответствии с действующим законодательством РФ.

2.3. Перечень, сроки, объем и стоимость медицинских услуг определяются п. 1.3. Договора. Сроки предоставления конкретных услуг, проведения лечения конкретизируются по соглашению с Потребителем/Пациентом исходя из общего соматического статуса Пациента, в соответствии со сроками указанными в клинических рекомендациях (протоколах ведения), его психоэмоционального состояния, наличия у него и врача свободного времени, с учетом графика работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, остроты клинической ситуации, наличия возможности и необходимого медицинского оборудования и согласно локального Положения об оказании платных медицинских услуг.

При изменении плана лечения и стоимости услуг составляется новый план лечения и согласовывается с Пациентом путем его подписания. Юридически значимым будет являться план лечения, согласованный сторонами крайней датой.

2.4. Подписывая Договор, Потребитель/Пациент подтверждает, что до заключения Договора ознакомился с Лицензией на осуществление медицинской деятельности, ее номере, сроках действия, а также информацией об органе, выдавшем указанную лицензию, Прейскурантом цен, Положением о порядке и условиях предоставления Учреждением гражданам платных медицинских услуг, Сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации.

**3. Права и обязанности сторон**

3.1 **Исполнитель обязан:**

3.1.1. Оказывать платные медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями Пациента.

3.1.2. Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг порядкам, стандартам и требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

3.1.3. Ознакомить Потребителя/Пациента с подробной информацией о предоставляемых медицинских услугах, планом лечения и стоимостью услуг. При изменении плана лечения и стоимости услуг проинформировать Потребителя/Пациента и предоставить дополнительные услуги с его согласия или расторгнуть Договор по инициативе Потребителя при несогласии Потребителя с рекомендациями врача, несоблюдение которых может повлечь негативные последствия для здоровья, уведомив Потребителя о последствиях.

3.1.4. После оказания услуг Исполнитель выдает Потребителю/Пациенту (законному представителю Потребителя/Пациента) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения. Указанная информация предоставляется бесплатно по требованию пациента или его законного представителя.

3.1.5. Обеспечить хранение первичной медицинской документации в установленном порядке.

3.1.6. Сохранять врачебную тайну.

3.1.7. Нести иные обязанности, предусмотренные действующим законодательством РФ.

3.2 **Потребитель/Пациент обязан:**

3.2.1. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, в том числе: выполнять устные и письменные рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения о своем состоянии здоровья; соблюдать согласованный с лечащим врачом график визитов для диагностики, лечения.

3.2.2. Подписывать Информированные добровольные согласия на оказание медицинских услуг, Акт приемки-сдачи оказанных услуг и иные документы и Приложения к настоящему договору.

3.2.3. Уведомлять Исполнителя заблаговременно об отмене назначенного приема.

3.2.4. Во время действия настоящего Договора уведомлять Исполнителя об использовании препаратов, назначенные специалистами других медицинских организаций.

3.2.5. В случае изменения состояния здоровья, связанного, с точки зрения Потребителя/Пациента, с проведенными Исполнителем медицинскими манипуляциями, немедленно сообщить об этом лечащему врачу Исполнителя, и, в случае необходимости, прибыть на консультацию к Исполнителю в разумные сроки согласно врачебным рекомендациям.

3.2.6. При отказе от продолжения лечения у Исполнителя, Потребитель/Пациент обязан письменно уведомить об этом Исполнителя и расторгнуть Договор, предварительно оплатив оказанные услуги и все фактически понесенные Исполнителем расходы.

3.2.7. Неукоснительно соблюдать установленные Исполнителем рекомендации.

3.2.8. Оплатить оказанные Исполнителем услуги по Договору в соответствии с Прейскурантом на момент оказания услуги.

3.2.9. Заботиться о своем здоровье, принимать все возможные меры для сохранения положительного результата лечения.

3.3 **Исполнитель имеет право:**

3.3.1. Изменять Прейскурант медицинских услуг в одностороннем порядке. Информация об изменении Прейскуранта доводится до сведения Потребителя/Пациента путем ознакомления лично, либо с помощью размещенного прейскуранта в регистратуре по месту оказания медицинских услуг Исполнителя, либо на официальном сайте Исполнителя.

3.3.2. Изменять по медицинским показаниям предварительный план, вид, объем, сроки платных медицинских услуг при согласовании с Потребителем/Пациентом.

3.3.3. Расторгнуть данный Договор по инициативе Потребителя/Пациента при несогласии Потребителя с предложенным Исполнителем планом лечения, его стоимостью, внесенными Исполнителем в план лечения изменениями по содержанию, срокам и стоимости медицинских услуг, при невозможности оказать в данном клиническом случае необходимую Потребителя/Пациента медицинскую услугу силами Исполнителя, при отказе Потребителя/Пациента от продолжения лечения, при несоблюдении Потребителя/Пациента врачебных рекомендаций и назначений, в том числе режима лечения.

3.3.4. Направить Потребителя/Пациента (с его согласия) к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации в случае непредвиденного отсутствия лечащего врача (временная нетрудоспособность, командировка, повышение квалификации, отпуск).

3.3.5. Отменить оказание услуги (в том числе в день назначения) в случае обнаружения у Потребителя/Пациента медицинских противопоказаний, так и по общему состоянию здоровья, в т.ч. наличия состояний и иных симптомов, при наличии которых врач вправе отменить оказание платной услуги: употребление психоактивного вещества и состояние опьянения, повышенная температура, наличие признаков ОРВИ и др.

3.3.6. Исполнитель имеет право на направление сведений составляющих врачебную тайну на адрес электронной почты, указанный Потребителем/Пациентом, если такой адрес электронной почты указан в реквизитах сторон.

3.4 **Потребитель/Пациент** **имеет право:**

3.4.1. Получать информацию о состоянии своего здоровья, о результатах оказания медицинских услуг, о действии лекарственных препаратов и их побочных проявлениях.

3.4.2. На выбор врача с учетом получения согласия последнего осуществлять лечение пациента.

3.4.3. Получить выписку из своей медицинской документации, описание и копии результатов обследований.

3.4.4. Потребитель/Пациент имеет право расторгнуть Договор посредством предоставления письменного отказа от оказания платных медицинских услуг при условии полной оплаты выполненных по Договору платных медицинских услуг и всех понесенных Исполнителем затрат.

**4. Стоимость медицинских услуг и порядок оплаты**

4.1 Потребитель/Пациент производит оплату медицинских услуг по Прейскуранту Исполнителя на день оказания услуг одним из следующих способов: безналичным перечислением денежных средств на расчетный счет, с использованием платежного терминала Исполнителя и банковских карт.

Стоимость медицинских услуг, оказываемых по настоящему договору, определяется на основании Плана лечении по ценам в соответствии с действующим Прейскурантом медицинских услуг, утвержденным Исполнителем. План лечения, в ходе предоставления медицинских услуг может быть скорректирован, только с согласования Потребителя/Пациента.

4.2. Оплата медицинских услуг осуществляется:

4.2.1. в момент заключения настоящего договора (для Потребителя/Пациента);

4.2.2. окончательный расчет осуществляется по факту предоставления медицинских услуг после подписания Акта приема-передачи оказанных услуг (для Потребителя/Пациента).

4.3 Оказание дополнительных платных услуг оформляется в виде дополнительного соглашения к Договору либо нового Договора с указанием конкретных медицинских услуг и их стоимости.

4.4. При досрочном расторжении Договора Исполнитель возвращает денежные средства Потребителя/Пациента в течение 10 рабочих дней с момента расторжения договора с учетом оплаты фактически оказанных услуг и всех понесенных Исполнителем затрат.

4.5. При неоплате Потребителя/Пациента стоимости оказанных медицинских услуг без предварительного письменного согласования в дополнительном соглашении к Договору рассрочки оплаты с Исполнителем, за каждый день просрочки со дня фактического оказания Исполнителем медицинских услуг, Потребителя/Пациента оплачивает пени в размере 1% стоимости неоплаченных медицинских услуг. Уплата пени не освобождает Пациента от оплаты оказанных услуг и в счет оплаты услуг не засчитывается.

**5. Ответственность сторон**

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с текущим разделом настоящего Договора. В случаях, не урегулированных данным разделом, стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. В случае неблагоприятного исхода лечения в связи с: нарушением врачебных рекомендаций и/или режима лечения; с возникновением предполагаемых осложнений; при не наступлении запланированных результатов лечения по причинам, возможность возникновения которых была указана и согласована с Потребителя/Пациента при получении Информированного добровольного согласия на оказание платных медицинских услуг и иных приложений к настоящему Договору, Исполнитель ответственности не несет.

5.3. Исполнитель вправе приостановить оказание услуг или расторгнуть договор во внесудебном порядке или через суд с учетом неисполнения Потребителя/Пациента своих обязательств по договору в случае:

1)при отсутствии у Исполнителя необходимых разрешительных документов, материалов, технических возможностей врачей;

2) отсутствие у Пациента медицинских показаний для оказания или наличие (обнаружение) противопоказаний к определенному методу диагностики, лечения, родоразрешению в Роддоме №3 (согласно приказу Министерства здравоохранения Калининградской области о маршрутизации);

3) нарушения Пациентом правил внутреннего распорядка для Пациентов в Роддоме №3, влекущие невозможность оказания услуг качественно и в полном объеме, в частности, при нарушении Пациентом плана диагностики и лечения, режима осуществляемых процедур, несоблюдении врачебных рекомендаций и назначений, при отказе Пациента от необходимых обследований, непрохождение которых препятствует дальнейшему оказанию услуг,

4) по причине несвоевременной или неполной оплаты медицинской услуги Потребителя/Пациента (за исключением случаев оказания медицинской помощи в экстренной форме).

5.4 В случае нарушения обязательства по договору в виде неявки Потребителя/Пациента на прием без уведомления Исполнителя заблаговременно, невыполнения Пациентом в нарушение обязанности, предусмотренной п.3.2.1 настоящего Договора и п.3 ст. 27 Закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

5.5. Исполнитель уведомляет Потребителя/Пациента о том, что при оказании медицинских услуг ожидаемый результат лечения, а тем более полное излечение, не может быть гарантировано. Успешность медицинских вмешательств оценивается путем статистических прогнозов на исходы различных заболеваний, о которых Пациенту сообщается в момент получения его Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, являющегося самостоятельным юридическим документом.

5.6. Настоящим Потребитель/Пациент уведомлен, что по заявлению имеет право без взимания платы получить выписку, результаты анализов и исследований, копию медицинской карты согласно положениям приказа МЗ РФ от 31.07.2020 N 789н.

**6. Порядок разрешения споров**

6.1. В случае возникновения разногласий по вопросу качества оказанных по Договору услуг, Стороны договорились проводить оценку результатов оказанных услуг на совместном заседании Потребителя/Пациента и Врачебной Комиссии Исполнителя, в том числе с привлечением Исполнителем сторонних специалистов. Все претензии Стороны оформляют в письменном виде.

6.2. Учитывая специфику медицинской помощи надлежащим результатом оказания услуг является проведение диагностики, профилактических и лечебные мероприятий, медицинской реабилитации, диспансерного наблюдения, определение медицинских показания для направления лиц для оказания медицинской помощи в стационарных условиях в экстренной, неотложной и (или) плановой формах, при наличии медицинских показаний - направление на консультацию к иным врачам-специалистам.

6.3.В случае претензии к качеству оказанных медицинских услуг, Пациент или лицо, уполномоченное им на основании нотариально удостоверенной доверенности, может предъявить претензию в письменном виде руководителю Роддома №3 или направить ее дистанционным способом путем направления обращения на адрес электронной почты лечебного учреждения: [rd3@infomed39.ru](mailto:rd3@infomed39.ru) или по адресу нахождения Роддома №3: 236011, г.Калининград, ул.Аллея Смелых, 136. На основании претензии Администрация Роддома №3 организует врачебную комиссию, которая выносит обоснованное решение в течение 10 (десяти) рабочих дней. Решение врачебной комиссии доводится до сведения Потребителя/Пациента. Настоящим Потребитель/Пациент также уведомлен о праве направления претензии о качестве оказания медицинских услуг в органы государственной власти, реквизиты и перечень которых доступ для ознакомления на сайте лечебного учреждения.

6.4. При недостижении согласия сторон в досудебном порядке, споры разрешаются в соответствии с действующим законодательством РФ.

**7. Прочие условия**

7.1. Оригиналы медицинских документов Исполнителя Потребителю/Пациенту не выдаются. По письменному требованию Потребителя/Пациента ему предоставляется выписка из медицинской документации в срок не превышающий 30 дней с момента подачи заявления Пациентом, если иное не предусмотрено действующим законодательством РФ.

7.2. Подписывая настоящий Договор, Потребитель/Пациент наделяет Исполнителя правом, при необходимости, провести оценку качества оказанных Пациенту медицинских услуг, разрешая при этом передачу врачам, проводящим оценку качества, персональных данных и информации о состоянии своего здоровья, содержащейся в медицинской карте с условием сохранения конфиденциальности персональных данных и медицинской тайны.

7.3. Все приложения и дополнительные соглашения, указанные в настоящем Договоре и созданные Сторонами в процессе действия Договора, рассматриваются Сторонами как неотъемлемые составные части настоящего Договора.

7.4. Подписывая данный Договор, Потребитель/Пациент подтверждает, что делает это сознательно и добровольно, без принуждения и давления обстоятельств, имея альтернативные варианты выбора врача и медицинской организации, ознакомлен и согласен с Правилами поведения пациентов, с Правилами оказания медицинских услуг, их перечнем, сроками их оказания и стоимостью по Прейскуранту, с Положением о гарантиях и правилами поведения в лечебном учреждении Исполнителя и обязуется их соблюдать.

**8. Срок действия, изменение и расторжение Договора**

8.1 Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами, действует до полного исполнения обязательств.

8.2. Изменения и дополнения настоящего Договора возможны только путем составления письменного Дополнительного соглашения и его подписания всеми сторонами Договора.

8.3. Расторжение договора возможно по факту выполнения Сторонами всех обязательств по Договору, по инициативе Потребителя/Пациента, по обоюдному согласию Сторон путем направления письменного предложения о расторжении Договора, в соответствии с пунктом 5.3 и 3.3.4. Договора, либо в спорных случаях – по решению суда согласно законодательству РФ.

8.4. Подтверждаю, что если данная услуга доступна по программе ОМС, я самостоятельно обращаюсь за получением платных медицинских услуг.

8.5. Настоящий договор заключен в 2-х экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй у Заказчик/Пациент.

**Приложение к договору:**

-Информационное добровольное согласие на оказание платных медицинских услуг на 1 л.;

-Информационный перечень на оказание услуг по индивидуальному посту по ведению родов медицинским персоналом по выбору Пациентки на 1л.;

-Акт об оказании платных медицинских услуг на 1 л.

**9. Адреса и реквизиты Сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель**  **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Калининградской области «Родильный дом Калининградской области №3»**  236011, г. Калининград, ул. Аллея Смелых д.136/138  ИНН 3907012388 / КПП 390601001  Министерство финансов Калининградской области (Роддом № 3, л/сч 21356Ч53960, л/сч 22356Ч53960, л/сч 20356Ч53960),  р/сч 03224643270000003500  Отделение Калининград Банка России// УФК по Калининградской области  к/сч 40102810545370000028  БИК 012748051 ОГРН 1023901644150  e-mail: rd3@infomed39.ru  тел:68-62-22  **Ио главного врача**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Клименко Ю.А./**  **м.п.** | **Потребитель**  **ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Адрес:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт серии \_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Выдан: «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.  Кем:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Подпись**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Приложение № 1

к [Договору](consultantplus://offline/ref=D7969F646BC063957907A5312E97C565FE6FF7A9F3307EAE0B6158569F97ECBB5AF1C2B5A920F39F43400B88q8c9F) об оказании

платных медицинских услуг

от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. N \_\_\_

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Я,**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,

контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**дата рождения:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **зарегистрированный(ая) по адресу**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

обратившись в Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Калининградской области «Родильный дом Калининградской области №3» (юридический адрес: 236011, г.Калининград, ул. Аллея Смелых, 136/138), ОГРН1023901644150, ИНН 3907012388, лицензия на осуществление медицинской деятельности от "15"августа 2017 года N Л041-01157-39/00315782, предоставлена Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, срок действия лицензии: бессрочно, за медицинской помощью на платной основе даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации (поставить галочку):

* для получения первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее-перечень);
* для получения специализированной медицинской помощи в стационарных условиях.

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

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 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я проинформирован(а) о возможности получения аналогичной медицинской помощи (соответствующих видов и объемов медицинской помощи) в других лечебных учреждениях бесплатно в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками и условиями предоставления платных медицинских услуг, а также с порядком оплаты медицинских услуг в соответствии с договором.

Я не имею и не буду иметь претензий по компенсации затраченных мною финансовых средств на оплату медицинских услуг в Роддоме №3.

Я проинформирован(а) о том, что несоблюдение назначений или рекомендаций исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платные медицинские услуги), в том числе несоблюдение назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемых медицинских услуг, повлечь за собой невозможность их завершения в срок, привести к увеличению продолжительности лечения и невозможности достижения желаемого результата, а также может привести к негативным последствиям и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (на состоянии здоровья лица, интересы которого я представляю).

Я согласен(а) со всеми условиями и порядками предоставления платных медицинских услуг.

Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами данного информированного добровольного согласия, положения которого мне разъяснены, мною прочитаны и мне абсолютно поняты.

Я изъявляю желание заключить с Роддом №3 Договор на оказание платных медицинских услуг и прошу оказывать мне (лицу, интересы которого я представляю) медицинскую помощь (медицинские услуги) на платной основе.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 частью 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О. потребителя, контактный телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О работника)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

(дата оформления

Приложение № 2

к [Договору](consultantplus://offline/ref=D7969F646BC063957907A5312E97C565FE6FF7A9F3307EAE0B6158569F97ECBB5AF1C2B5A920F39F43400B88q8c9F) об оказании

платных медицинских услуг

от "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. N \_\_\_

***Информационный перечень на оказание услуг по индивидуальному посту медицинским персоналом по выбору Пациентки***

1.Услуги по индивидуальному посту в период родоразрешения и по обеспечению сопровожде­ния беременности.

2.Пациентка, получающая услугу по индивидуальному посту в соответствии с утвержденным Прейскурантом цен на платные услуги, утвержденные в Роддоме №3 и Правилами предоставления платных медицинских услуг, в обяза­тельном порядке также получает бесплатное медицинское наблюдение у выбранного Пациенткой врача акушера-гинеколога с 38-й недели беременности и до момента выписки из родильного дома в рамках Государственных программ оказания бесплатной медицинской помощи.

3.В индивидуальном родильном блоке, в родах врачом акушером-гинекологом и акушеркой (при выборе) осуществляется постоянный индивидуальный дополнительный контроль за состоянием плода и Пациентки на протяжении всего периода родов.

4.В период родов врач акушер-гинеколог обсуждает с Пациенткой методы ведения первого и второго периода родов.

5.Врач акушер-гинеколог и акушерка (при выборе) осуществляют индивидуальное наблюдение за состоянием Пациентки в течение двух часов после родов, с соответствующей записью в истории родов врачом акушером-гинекологом.

6.В период родоразрешения Пациентке предоставляется индивидуальный родильный зал.

7.Пациентка имеет возможность, по своему желанию, выбрать индивидуального врача акушера-гинеколога: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

и акушерку\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО врача и акушерки)

8.С момента начала действия Договора, в любое время суток Пациентка имеет возможность связаться со своим врачом и акушеркой для консультации по волнующему ее вопросу.

9.Пациентка имеет возможность использовать в родильном блоке сорочку, воду и другие необходимые принадлежности по заранее согласованному с врачом ограниченному списку.

10.Пациентка имеет возможность нахождения в послеродовом помещении вместе с ребенком до мо­мента перевода ее в палату.

11.Нахождение мамы и ребенка в комфортной палате предоставляется по отделено заключенному Договору на оказание сервисных услуг по предоставлению палаты повышенной комфортности.

12.В послеродовом периоде по желанию Пациентки, при нахождении в палате повышенной комфорт­ности, ей предоставляется за весь период ее пребывания в учреждении, до выписки, получение допол­нительного питания.

13.Пациентка по ее желанию, может согласовать состав бригады на период ее родоразрешения с согла­сия самих сотрудников Учреждения. В случае невозможности пребывания во время родов, выбранного Пациенткой сотрудника, он заменяется другим свободным по согласованию с Пациенткой сотрудником.

Приложение № 3

к [Договору](consultantplus://offline/ref=D7969F646BC063957907A5312E97C565FE6FF7A9F3307EAE0B6158569F97ECBB5AF1C2B5A920F39F43400B88q8c9F) об оказании

платных медицинских услуг

от "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. N \_\_\_\_\_\_

**Акт**

**об оказании платных медицинских услуг**

г. Калининград "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Калининградской области «Родильный дом Калининградской области №3» (далее Роддом №3), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Исполняющего обязанности главного врача Клименко Юрия Александровича, действующего на основании Устава, Лицензия на осуществление медицинской деятельности Л041-01157-39/00315782 от 15.08.2017 г., бессрочно, выдана Министерством Здравоохранения Калининградской области (далее – Лицензия), (адрес и телефон органа, выдавшего Лицензию: юридический адрес: г. Калининград, ул. Д. Донского, 1; Место нахождения: 236016, г. Калининград, Московский проспект, 95, каб. 32; тел. +7(4012) 46-53-11, 46-53-55, составил, а

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. потребителя)

именуемый в дальнейшем «Потребитель/Пациент», принял настоящий Акт о нижеследующем:

1.В соответствии с условиями [Договора](consultantplus://offline/ref=D7969F646BC063957907A5312E97C565FE6FF7A9F3307EAE0B6158569F97ECBB5AF1C2B5A920F39F43400B88q8c9F) об оказании платных медицинских услуг N \_\_\_\_\_\_ от "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. Исполнителем оказаны медицинские услуги, включающие:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№**  **№** | **Наименование услуги** | **Цена**  **(руб.)** | **Количество услуг** | **Всего**  **(руб.)** |
| 1 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **ИТОГО:** |  |  |  |

**Сумма прописью:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Указанные в [п. 1](#Par26) настоящего Акта медицинские услуги согласно Договору, оказаны в полном объеме с "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ г. по "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ г.

3. Замечаний к медицинским услугам предоставленных Исполнителем у Потребителя/Пациента не имеется.

4. ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель: Потребитель:

Ио Главного врача

Роддома№3\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Клименко Ю.А.