С «Правилами предоставления платных медицинских услуг в **Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Калининградской области «Родильный дом Калининградской области №4»** ознакомлена до подписания настоящего договора, обязуюсь исполнять. Настоящим уведомлена, что 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 Пациента.

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Калининградской области «Родильный дом Калининградской области №4» (далее Роддом №4)** информирует о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Роддоме №4 и иных медицинских организациях по Калининградской области, информация о которых, в том числе находится в свободном доступе на информационных стендах, и на официальном сайте Учреждения в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» по адресу: <rd4.infomed39.ru>

**Заказчик/Пациент:**

(ФИО, подпись)

**Договор на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_\_**

г. Калининград «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

|  |
| --- |
|  |

**(ФИО полностью)**

|  |
| --- |
|  |

именуемый в дальнейшем «Заказчик/Пациент», с другой стороны,

|  |
| --- |
| **данный раздел заполняется, если «Заказчик» - действует в интересах Пациента:** |
|  |
| **ФИО Пациента, в отношении которого действует Заказчик, дата рождения** |

**и Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Калининградской области «Родильный дом Калининградской области №4» (далее - Роддом №4),** Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц серия 39 № 000146710 от 06.11.2002, выдано ИМНС России по Центральному району г.Калининграда, ИНН 3904013351, ОГРН 1023900589460, в лице исполняющей обязанности главного врача Соколовой Татьяны Львовны, действующего на основании Приказа Министерства здравоохранения Калининградской области №214-л/с от 22.09.2021года, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»,** далее совместно именуемые **«Стороны»**, заключили настоящий договор о нижеследующем.

«Пациент» – физическое лицо, являющееся Потребителем и имеющееся намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором.

«Заказчик» – физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу Пациента (Потребителя).

В отношении Заказчика, заключившего договор в отношении себя как физического лица, применяется понятие «Пациент»; «Исполнитель» – медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги Пациентам (Потребителям).

**1.Предмет договора**

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

**Наименование медицинской услуги**

1.2 Место оказания услуг: 236022, г.Калининград, ул.Чайковского, д.49/51.

1.3 Настоящий договор обеспечивает реализацию прав Заказчика/Пациента на получение платных медицинских услуг в Роддоме №4 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".

1.4. Медицинские услуги оказываются Заказчику/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 ЛО41-01157-39/00339281 от 14.09.2018 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; диетологии; клинической лабораторной диагностике; лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; медицинской статистике; неонатологии; операционному делу; организации здравоохранения и общественному здоровью; организации сестринского дела; сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии; терапии; трансфузиологии; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; эпидемиологии. При проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе временной нетрудоспособности. Сведения о перечень 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»: <rd4.infomed39.ru>. Заказчику/Пациенту при заключении настоящего Договора по его желанию предоставляется заверенная копия Лицензии.

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

2.1 Основанием для предоставления платных медицинских услуг является добровольное желание 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 Заказчиком 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 Пациентов путем его подписания. Юридически значимым будет являться план лечения, согласованный сторонами крайней датой.

2.4. Подписывая Договор, Пациент/Заказчик подтверждает, что до заключения Договора ознакомился с прейскурантом Исполнителя, Положением о гарантиях, с правилами, порядками, условиями, формами оказания медицинских услуг и их оплаты, с правилами поведения пациентов в Роддоме №4 и обязуется их соблюдать.

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

3.1.4. После оказания услуг Исполнитель выдает Пациенту (законному представителю 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 **Пациент/Заказчик 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 врачом визита.

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 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, 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 в одностороннем порядке. Информация об изменении Прейскуранта доводится до сведения Заказчика/Пациента путем размещения в регистратуре по месту оказания медицинских услуг – в Клинике Исполнителя.

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

3.3.3. Расторгнуть данный Договор по инициативе Потребителя при несогласии Пациента 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 Пациенту медицинскую услугу силами Исполнителя, при отказе Пациента от продолжения лечения, при несоблюдении пациентом врачебных рекомендаций и назначений, в том числе режима лечения.

3.3.4. Направить 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 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 заказчиком и(или) пациентом, если такой адрес электронной почты указан в реквизитах сторон.

3.4 **Пациент/Заказчик 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. Пациент/Заказчик имеет право расторгнуть Договор посредством предоставления письменного отказа от лечения при условии полной оплаты выполненных по Договору платных медицинских услуг и всех понесенных Исполнителем затрат.

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

4.1 Пациент/Заказчик производит оплату медицинских услуг по Прейскуранту Исполнителя на день оказания услуг одним из следующих способов: наличными денежными средствами в кассу, 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 Пациента/Заказчика.

4.2. Оплата медицинских услуг осуществляется:

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

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

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 Пациенту/Заказчику в течение 10 рабочих дней с момента расторжения договора с учетом оплаты фактически оказанных услуг и всех понесенных Исполнителем затрат.

4.5. При неоплате Пациентом/Заказчиком 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, Пациент/Заказчик 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 Пациентом 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 Заказчиком/Пациентом 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 №4 (согласно приказу МЗ КО о маршрутизации);

3) нарушения Пациентом правил внутреннего распорядка для Пациентов в Роддоме №4, 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 Заказчиком/Пациентом (за исключением случаев оказания медицинской помощи в экстренной форме).

5.4 В случае нарушения обязательства по договору в виде неявки 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 Заказчика/ 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 Заказчик/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 Заказчика/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 уполномоченному представителю Роддома №4 или направить ее дистанционным способом путем направления обращения на адрес электронной почты лечебного учреждения: [rd4@infomed39.ru](mailto:rd4@infomed39.ru) или по адресу нахождения Роддома №4: 236022, г.Калининград, ул.Чайковского, д.49/51. На основании претензии Администрация Роддома №4 организует врачебную комиссию, которая выносит обоснованное решение в течение 10 (десяти) рабочих дней. Решение врачебной комиссии доводится до сведения Пациента. Настоящим 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 Заказчику/Пациенту не выдаются. По письменному требованию 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, Заказчик/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, Заказчик/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 Заказчика/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.

**9. Реквизиты сторон:**

**ИСПОЛНИТЕЛЬ ЗАКАЗЧИК/ПАЦИЕНТ**

|  |  |
| --- | --- |
| Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Калининградской области «Родильный дом Калининградской области» (Роддом №4)  236029, г. Калининград, ул. Чайковского, 49/51  Тел.: +7 (4012) 212 777, E-mail: **rd4@infomed39.ru**  ИНН 3904013351 КПП 390601001 ОГРН 1023900589460  УФК по Калининградской области (Роддом №4, лицевой счет 20356Ч45620), Р/с 40102810545370000028, БИК 012748051  И.о.главного врача Роддома №4  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Соколова Т.П./ | ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Контактный номер телефона:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  подпись ФИО |

(Должность) (подпись) (Ф.И.О.)

МП

**Подписание Заказчиком и Пациентом настоящего Договора свидетельствует об ознакомлении со всем изложенным в настоящем Договоре и полном с ним согласии. Заказчиком получен экземпляр настоящего договора на руки.**