

Уведомление.

(в соответствии с п.15. "Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг", утвержденных постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. N 1006)

Я \_\_\_\_\_ настоящим уведомлен(а), что несоблюдение указаний (рекомендаций "Исполнителя" (медицинского работника, предоставившего платную медицинскую услугу), предоставившего 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 оказании платных медицинских услуг.

Подпись "пациента" V \_\_\_\_\_

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Башкортостан Больница скорой медицинской помощи города Уфа, зарегистрированное в качестве юридического лица в соответствии с Единым государственным реестром серия 02 N 006698066 от 22.12.2011 г., выданным Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы N 39, в лице главного врача Карамовой Ирины Марсиловны, действующего на основании Устава, и именуемое в дальнейшем "Исполнитель", с одной

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_  
Номер паспорта \_\_\_\_\_ Дата выдачи: \_\_\_\_\_  
выдан: \_\_\_\_\_  
именуемый в дальнейшем "Заказчик", действующий в интересах

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_  
Номер паспорта \_\_\_\_\_ Дата выдачи: \_\_\_\_\_  
выдан: \_\_\_\_\_  
именуемого в дальнейшем "Пациент", с другой стороны, далее именуемые "Стороны", заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.

1.1 Исполнитель, имеющий лицензию N ЛО-02-01-006545 ОТ 02.10.2018 г. на осуществление медицинской деятельности берет на себя обязательство оказать Пациенту следующие платные

№ п/п	Наименование услуги	Срок	кол-во	Цена	Стоимость
1					
2					
3					

(далее услуги), отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения разрешенным на территории РФ, а Заказчик обязуется оплатить их в порядке и размере, установленных настоящим Договором.

1.2 Услуги оказываются в соответствии с графиком, сроками проведения обследования, лечения, установленных Исполнителем в соответствующем отделении больницы.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

2.1 Заказчик обязуется:

2.1.1 оплатить медицинские услуги в размере и порядке, установленным в п.3 настоящего договора;

2.2 Пациент обязуется:

2.2.1 до назначения курса лечения сообщить лечащему врачу все сведения о наличии у него других заболеваний, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, аллергических реакциях на какие-либо лекарственные препараты, о перенесенных заболеваниях и возникающих вследствие этого осложнениях, а так же другую информацию, влияющую на обследование, протекание или лечение заболевания;

2.2.2 до назначения курса лечения сообщить лечащему врачу все сведения о наличии у него других заболеваний, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, аллергических реакциях на какие-либо лекарственные препараты, о перенесенных заболеваниях и возникающих вследствие этого осложнениях, а так же другую информацию, влияющую на обследование, протекание или лечение заболевания;

2.2.3 выполнять все требования медицинского персонала Исполнителя во время всего курса обследования и лечения;

2.2.4 соблюдать график приема врачей специалистов;

2.2.5 соблюдать внутренний режим нахождения в стационаре;

2.2.6 при прохождении обследования, курса лечения сообщать лечащему врачу о любых изменениях самочувствия;

2.2.7 отказаться на весь курс лечения от употребления наркотиков и лекарств их содержащих, психотропных препаратов, алкоголесодержащих напитков;

2.2.8 согласовывать с лечащим или дежурным врачом употребление любых терапевтических лекарств, лекарственных трав, мазей и т.д.;

2.3 Заказчик имеет право:

2.3.1 требовать от Исполнителя предоставление сведений о наличии лицензии, сертификата, расчета стоимости оказываемых услуг;

2.3.2 в случае отказа Пациента от получения Услуги получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с исполнением обязательств по настоящему Договору.

#### 2.4 Пациент имеет право:

2.4.1 требовать от Исполнителя предоставление сведений о наличии лицензии, сертификата, расчета стоимости оказываемых услуг;

2.4.2 выбрать лечащего врача (с учетом его согласия);

2.4.3 получать от Исполнителя для ознакомления в доступном для понимания и восприятия форме любые сведения о состоянии своего здоровья, в процессе обследования, лечения, данные промежуточных обследований, результаты анализов, протоколы консилиумов и т.д.;

2.4.4 требовать проведение консилиума или консультаций других специалистов с внесением соответствующей оплаты;

2.4.5 отказаться от медицинского вмешательства (в письменной форме);

2.4.6 требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии (врачебной тайны);

2.4.7 дать добровольное согласие на медицинское вмешательство;

2.4.8 отказаться от получения Услуги и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с исполнением обязательств по настоящему договору.

#### 2.5 Исполнитель обязуется:

2.5.1 оказать медицинские услуги качественно, в соответствии с предусмотренными медицинскими технологиями и в срок указанный в данном Договоре;

2.5.2 использовать в процессе лечения только лицензированные, запатентованные способы, рекомендованные российской медицинской практикой;

2.5.3 за период прохождения курса лечения улучшить состояние здоровья Пациента;

2.5.4 не использовать без согласия с Пациентом способов лечения, медицинских препаратов и процедур;

2.5.5 соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия и здоровья Пациента (врачебную тайну).

#### 2.6 Исполнитель имеет право:

2.6.1 Требовать от Пациента соблюдения:

- графика прохождения процедур;

- соблюдения внутреннего режима стационара;

- соблюдения режима приема лекарственных препаратов, режима питания и других предписаний;

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

2.6.3 в одностороннем порядке прекратить или приостановить выполнение своих обязательств по настоящему Договору при неисполнении Пациентом своих обязательств. При этом Исполнитель возмещает Заказчику стоимость пропорционально оставшемуся сроку лечения;

2.6.4 в случае возникновения неотложных ситуации и состоянии Пациента Исполнитель имеет право самостоятельно определять объем исследований и оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных настоящим Договором.

### 3. ЦЕНА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ.

3.1 Стоимость Услуги устанавливается действующим прейскурантом и составляет

3.2 Оплата услуг осуществляется Заказчиком в порядке 100-процентной предоплаты до получения услуги.

3.3 При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Пациента с учетом уточненного диагноза, сложности операции и иных затрат на лечение, данные изменения к Договору должны быть произведены в простой письменной форме и подписаны обеими сторонами Договора.

### 4. СРОК ДОГОВОРА.

4.1 Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует до окончания назначенного курса обследования, лечения. Подтверждением получения Пациентом Услуги является заключение по результатам диагностического обследования или выписка из истории болезни;

4.2 Срок, установленный в п.4.1 настоящего Договора, может быть продлен в случаях:

4.2.1 необходимости замены лечащего врача или организации консультации других специалистов - на количество дней, необходимых для осуществления замены;

4.2.2 объективной необходимости изменения намеченного и согласованного Сторонами плана лечения, влекущего изменение объема выполняемых работ;

4.2.3 невозможностью осуществления (продолжения) лечения, выявленной в ходе осмотра, по причине обнаружения у Пациента медицинских противопоказаний;

#### порядке:

4.3.1 по инициативе Исполнителя;

4.3.1.1 при невыполнении Пациентом обязательств по оплате услуг. При расторжении настоящего Договора по данному основанию стоимость уже оплаченных и оказанных услуг не возвращается в том случае, когда она соответствует фактически оказанным услугам, при оказании услуг на сумму, превышающую стоимость оплаченных Услуг, Пациент обязан оплатить недостающую сумму за

4.3.1.2 при нарушении Пациентом условия настоящего договора, связанных с получением услуг, а именно при нарушении Пациентом плана лечения, режима осуществляемых процедур, нарушений диеты, несоблюдение врачебных рекомендаций и назначений, при отказе Пациента от необходимых обследований (аллергопроб, рентгенологических исследований), непрохождение которых препятствует дальнейшему оказанию услуг. В случаях, определенных настоящим пунктом, одностороннее расторжение настоящего Договора по инициативе Исполнителя возможно только при наличии указанного плана лечения, режима процедур, диеты, рекомендаций и назначений им соответствующей медицинской документации и доведения ее содержания до Пациента.

4.3.1.3 в случае злоупотребления Пациентом алкогольными и наркотическими средствами (веществами): в этом случае одностороннее расторжение настоящего Договора по инициативе Исполнителя возможно при субъективной оценке соответствующего состояния Пациента специалистом Исполнителя;

4.3.1.4 по иным основаниям, не предусмотренным п.п.4.3.1.1-4.3.1.4 настоящего Договора.

4.3.2 по инициативе Пациента:

4.3.2.1 при несоблюдении Исполнителем установленных сроков консультаций, процедур, осмотров.

## 5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.

5.1 Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору в соответствии с действующими нормами законодательства Российской Федерации.

5.2 Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Пациентом условий настоящего Договора.

5.3 Исполнитель освобождается от ответственности за наступление осложнений, возникновение побочных результатов, ухудшение первоначально достигнутого результата в случаях: отказа Пациента от дополнительных обследований, объективно необходимых для назначения и проведения адекватного лечения и профилактики нежелательных возможных осложнений, невыполнения или ненадлежащего выполнения Пациентом назначений и рекомендаций лечащего врача и специалистов Исполнителя, в том числе дома - отказа Пациента от необходимого курса лечения или самовольного прерывания проводимого курса лечения; наличия у Пациента общих заболеваний скрытых Пациентом, требующих лечения, не предусмотренного Договором и, вследствие этого, неучтенных лечащим врачом при назначении лечения; наличия у Пациента индивидуальной непереносимости и (или) патологической токсической реакции на медикаментозные средства и (или) материалы, выявленных в процессе оказания услуг. Кроме того, Исполнитель освобождается от ответственности за наступление осложнений, не связанных с нарушением Исполнителем методик диагностики, профилактики и лечения, связанных с переделкой и (или) исправлением результатов работ, произведенных в другом медицинском учреждении или самим

5.4 Стороны освобождаются от ответственности за невыполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору, возникшее вследствие форс-мажорных обстоятельств, а именно: пожара, землетрясения, наводнения, катастроф, военных действий, решений органов государственной власти, а также иных непреодолимых обстоятельств и их последствий, включая несогласованное отключение элетрообеспечения, водобеспечения Исполнителя.

## 6. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ.

6.1 Стороны несут взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего Договора. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по настоящему Договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой Стороны.

6.1.1 Конфиденциальной по настоящему Договору признается информация:

- о содержании настоящего Договора, включая все приложения к нему;

- сведения о Пациенте и состоянии здоровья;

6.2 Исполнитель обязуется принимать все необходимые меры по защите персональных данных в системах автоматизированной обработки в соответствии с Федеральным законом "О персональных данных" 152-ФЗ от 27.07.2006 г.

## 7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ.

7.1 Все споры, вытекающие из настоящего Договора, стороны будут, по возможности, решать путем ведения переговоров. При невозможности достижения согласия спор подлежит передаче на рассмотрение суда в соответствии с законодательством РФ.

7.2 Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе любой из сторон с обязательным уведомлением другой стороны.

7.3 Договор действует с Приложением: Соглашение об объеме и условиях оказываемых медицинских услуг (информированное согласие).


7.4 Пациент согласен с условиями настоящего Договора.

7.5 Настоящий договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами.

7.6 Настоящий Договор составлен в трех экземплярах, по одному для Заказчика, Пациента и Исполнителя, имеющих равную юридическую силу.

## 8. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ

"Пациент"	"Заказчик"	"Исполнитель" ГБУЗ РБ БСМП г.Уфа
		450106, г.Уфа, Кировский район, ул.Батырская, 39/2

		тел. (факс): (374) 2554430 - приемная тел. (374) 255-54-12 Лицевой счет 20112041680 р/с 40601810400003000001 Отделение-НБ Республика Башкортостан г.Уфа БИК 048073001 ОКТМО 80701000
Пациент (подпись) V	Заказчик (подпись) V	 Зам.гл.врача по экономическим вопросам Ю.В.Головина

**СОГЛАШЕНИЕ  
об объеме и условиях оказываемых медицинских услуг  
(информационное согласие)**

г.Уфа \_\_\_\_\_

Я, пациент \_\_\_\_\_, карта пациента N \_\_\_\_\_, в рамках договора возмездного оказания медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Республики Башкортостан Больница скорой медицинской помощи города Уфа (далее - ГБУЗ РБ БСМП г.Уфа), при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников ГБУЗ РБ БСМП г.Уфы полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в ГБУЗ РБ БСМП г.Уфа в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов оплатить.
2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.
3. Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое обследование и лечение, мне не гарантирует 100% результат и что при проведении обследования и лечения, и после них, как в ближайшем, так и отдаленном периоде, возможны различные осложнения.
4. Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ГБУЗ РБ БСМП г.Уфа не несет ответственности за их возникновение.
5. Я осознаю и понимаю, что ухудшение состояния моего здоровья может возникнуть после оказания медицинской услуги, но не вследствие ее.
6. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, режим рекомендации и советы врачей ГБУЗ РБ БСМП г.Уфа
7. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие виды дополнительных медицинских услуг, которые я хочу получить в ГБУЗ РБ БСМП г.Уфа и согласен(на) оплатить.

№ п/п	Наименование услуги	Срок	кол-во	Цена	Стоимость
1					
2					
3					

8. Я ознакомлен с действующем прейскурантом и согласен оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.
9. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с врачом, и я даю свое согласие на их перечислению в ГБУЗ РБ БСМП г.Уфа в сумме **(сумма прописью)**
10. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу свое согласие на получение указанной медицинской услуги в ГБУЗ РБ БСМП г.Уфа.
11. Я осведомлен, что за ненадлежащее оказание медицинских услуг иными лечебными учреждениями, ГБУЗ РБ БСМП г.Уфа ответственности не несет.
12. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью осознаю предложенные мне виды услуг и даю согласие на их применение.

Пациент \_\_\_\_\_

Подпись Пациента V \_\_\_\_\_

Настоящее соглашение подписано Пациентом на приеме у лечащего врача после проведения разъяснительной беседы и является приложением к договору возмездного оказания медицинских услуг ГБУЗ РБ БСМП г.Уфа

Подпись лечащего врача \_\_\_\_\_