

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«ХАДЫЖЕНСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА»

П Р И К А З

« 23 » апреля 2014г.

№ 80-ог

г. Хадыженск

Об утверждении договора на оказание платных медицинских услуг
физическим и юридическим лицам муниципальным бюджетным учреждением
здравоохранения «Хадыженская стоматологическая поликлиника»

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 года № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», приказом от 23 апреля 2014 года « Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг муниципальным бюджетным учреждением здравоохранения «Хадыженская стоматологическая поликлиника»,

п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить форму договора на оказание платных медицинских услуг (прилагается).
2. Признать утратившим силу приказ МБУЗ «Хадыженская стоматологическая поликлиника» от 9 августа 2013 года № 98/1-од «Об утверждении договора на оказание платных медицинских услуг физическим и юридическим лицам муниципальным бюджетным учреждением здравоохранения «Хадыженская стоматологическая поликлиника».
3. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.
4. Настоящий приказ вступает в силу с 1 мая 2014 года.

Главный врач
медицинской организации

А. И. Щербина

С приказом ознакомлены:

Зам. главного врача

медицинской организации по ЭВ

Главный бухгалтер

Главная медсестра

Программист

Экономист

Бухгалтер

Кассир

Специалист по кадрам

Юрисконсульт

Н. Ф. Крюкова

Е. Н. Ещенко

Л. Н. Орлова

Н. Н. Семенихина

С. П. Матяш

О. С. Сульдина

Т. Н. Прокопюк

В. С. Шевченко

А. И. Фонарева

Завхоз

Медицинский регистратор

Медицинский регистратор

Медицинский регистратор

Врач-стоматолог-терапевт

Врач-стоматолог-терапевт

Зубной врач

Зубной врач

Врач-стоматолог детский

Врач-стоматолог-терапевт

Зубной врач

Зубной врач

Зубной врач

Врач-стоматолог-хирург

Зубной врач

Зубной врач

Медицинская сестра

Медицинская сестра

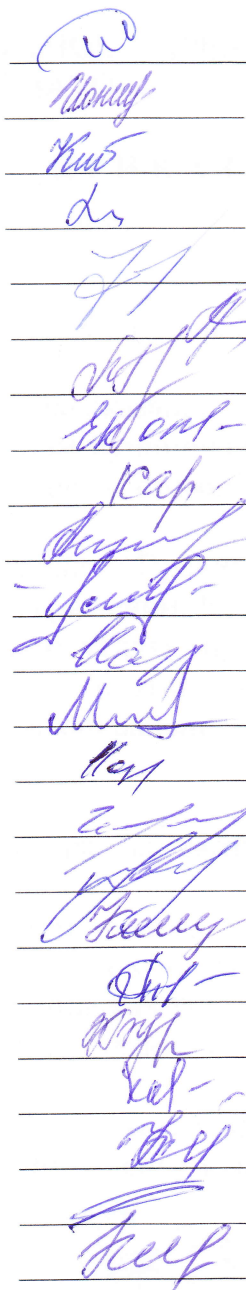
Медицинская сестра

Медицинская сестра

Медицинская сестра

Медицинская сестра

Рентгенолаборант



С. И. Шуленин

Г. П. Ионова

Т. А. Коба

К. В. Вилесова

К. С. Сарян

Л. Е. Макарова

Н. И. Феоктистова

Е. А. Копытова

Л. Е. Карепанова

А. П. Щербань

К. Г. Устьян

И. Х. Каракчиев

В. Г. Манукян

Х. М. Каракчи-Оглы

Р. Х. Горецкий

А. А. Хачьян

Н. В. Копорева

Т. О. Орлова

З. Н. Бурмистрова

Т. Н. Кондратьева

Ж. Р. Ханджян

А. А. Алипова

О. И. Карцева

ДОГОВОР № _____
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Хадыженск

«__» _____ 20__ года

Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения «Хадыженская стоматологическая поликлиника», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача медицинской организации Щербина Александра Ивановича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин(ка) или его законный представитель _____ (ФИО) именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется оказать следующие платные медицинские услуги согласно приложению к договору № 2:

1.2. Перечень и стоимость услуг, предоставляемых Заказчику, указаны в прейскуранте Исполнителя, действующем на дату составления настоящего договора.

1.3. При исполнении настоящего договора стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации и Краснодарского края, регулирующим предоставление гражданам платных медицинских услуг.

2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

2.1. Услуги Заказчику оказываются в соответствии с режимом работы Исполнителя, который доводится до сведения Заказчика при заключении договора.

2.2. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг, не предусмотренных пунктом 1.1 настоящего договора, они оформляются дополнительным соглашением к настоящему договору и оплачиваются Заказчиком согласно прейскуранту.

2.3. В случае необходимости привлечения третьих лиц для оказания медицинских услуг Заказчику Исполнитель обязан привлекать третьих лиц, обладающих необходимыми разрешениями на оказание соответствующих медицинских услуг, а также обладающих необходимыми знаниями и квалификацией.

При привлечении третьих лиц для оказания медицинских услуг Заказчику Исполнитель обязан довести до сведения Заказчика всю необходимую информацию о третьем лице, а также информацию о времени и месте оказания Заказчику данных медицинских услуг.

3. СРОКИ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1 Услуги, оказанные Исполнителем, оплачиваются Заказчиком непосредственно после их оказания в соответствии с настоящим договором в кассу учреждения в соответствии с калькуляцией услуг по прейскуранту цен на услуги (приложение № 2), действующему на момент заключения настоящего договора _____ руб.

3.2. При оплате наличным платежом в кассу Исполнитель обязан выдать Заказчику документы, подтверждающие прием наличных денег (кассовый чек или второй экземпляр квитанции, являющейся бланком строгой отчетности).

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Исполнитель обязан:

4.1.1. Своевременно и качественно оказать Заказчику медицинские услуги в установленный договором срок;

4.1.2. Предоставить Заказчику доступную для его понимания достоверную информацию о предоставляемых услугах до подписания договора;

4.1.3. При оказании медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке;

4.1.4. Обеспечить Заказчика в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о разрешении (лицензии) на медицинскую деятельность, о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг, их стоимости, условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов;

4.1.5. Обеспечить выполнение принятых на себя обязательств по оказанию медицинских услуг силами собственных специалистов или сотрудников медицинских учреждений, имеющих с Исполнителем договорные отношения;

4.1.6. Вести установленную законодательством медицинскую документацию, а также учет видов, объемов и стоимости оказываемых Заказчику услуг;

4.1.7. Обеспечить Заказчику непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по письменному требованию Заказчика или его представителя копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья Заказчика;

4.1.8. Хранить в тайне информацию, содержащуюся в медицинской документации Заказчика, и предоставлять ее без согласия Заказчика в установленных законом случаях, а также лицам, указанным Заказчиком в пункте 5.8 настоящего договора.

4.2. Исполнитель имеет право:

4.2.1. Требовать от Заказчика предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему медицинских услуг;

4.2.2. Привлекать для оказания Заказчику медицинских услуг третьих лиц;

4.2.3. В случае возникновения потенциальной угрозы жизни и здоровью Заказчика, а также в иных неотложных ситуациях, действуя в условиях крайней необходимости, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной договором;

4.2.4. В случае невозможности оказания услуги отказаться от исполнения обязательств по договору при условии возврата Заказчику стоимости оплаченной услуги.

4.2.5. Требовать от Заказчика полной оплаты оказанных услуг.

4.3. Заказчик обязан:

4.3.1. Своевременно оплатить стоимость услуги;

4.3.2. Сообщить Исполнителю сведения, необходимые для качественного исполнения услуги (реакция на медикаменты, перенесенные заболевания и пр.);

4.3.3. Соблюдать в полном объеме правила и условия получения медицинской услуги, установленные Заказчиком, неукоснительно соблюдать рекомендации врачей;

4.3.4. Своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Заказчиком условий договора, а также о необходимости изменения назначенного Заказчику времени получения медицинской услуги.

4.4. Заказчик имеет право:

4.4.1. Получать от Исполнителя полную, доступную для понимания, своевременную информацию о получаемой медицинской услуге;

4.4.2. Отказаться от получения услуги на любом этапе и получить оплаченную сумму с возмещением Исполнителю фактически понесенных затрат.

5. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ УСЛУГЕ

5.1. Исполнитель имеет лицензию на медицинскую деятельность № ЛО-23-01-006667, выданную Министерством здравоохранения Краснодарского края от «16» декабря 2013 г., г. Краснодар, ул. Коммунаров, 276, телефон 8 (861) 992 – 53 – 68

5.2. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией, указан в приложении № 3

5.3. Заказчик уведомлен о том, что данный вид медицинской услуги не входит (входит) в Территориальную программу государственных гарантий и не финансируется (финансируется) из средств бюджета или обязательного медицинского страхования.

Я, _____ (Ф.И.О. пациента)
информирован(а) об альтернативной возможности получения медицинской помощи за счет государственных средств, а также о правилах оказания данных видов помощи в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в

Я отказываюсь от предоставления медицинской помощи за счет государственных средств и подтверждаю свое желание на получение платных медицинских услуг в Муниципальном бюджетном учреждении здравоохранения «Хадыженская стоматологическая поликлиника»

с момента начала предоставления медицинской услуги до момента ее окончания (приложение № 1).

Подпись

5.3. Перед оказанием медицинской услуги врач обследует Заказчика и устанавливает отсутствие противопоказаний.

5.4. Началом предоставления медицинской услуги считается:

5.4.1. При стационарном лечении - день госпитализации;

5.4.2. При амбулаторном лечении - первичный осмотр и обследование.

5.5. Продолжительность услуги: _____ дней (часов).

5.6. Лечение производит врач (врачи):

(Ф.И.О., врачебная квалификационная категория)

5.7. Заказчик дает согласие на сообщение в стол информации Исполнителя о пребывании в стационаре (отказывается от сообщения информации).

5.8. Заказчик дает разрешение на предоставление информации о состоянии своего здоровья, результатах обследования и лечения следующим лицам: _____

(Ф.И.О. полностью)

5.9. Заказчик дает согласие на получение информации о своем здоровье лично (отказывается от получения информации). При отказе - эти сведения сообщать: _____

(Ф.И.О. полностью)

5.10. Заказчику по его требованию выдается листок нетрудоспособности в случаях, предусмотренных действующими нормативными актами.

5.11. Заказчик информирован:

5.11.1. О возможных (но не обязательных) осложнениях медицинской услуги, которые могут причинить вред здоровью:

В случае возникновения осложнений "Исполнитель" предпринимает действия, направленные на устранение их последствий без дополнительной оплаты.

5.11.2. О несовершенстве медицинской науки и практики и невозможности в связи с этим гарантировать ожидаемые результаты лечения.

5.12. В случае оказания услуги, связанной с медицинским вмешательством, Исполнитель обязан до начала оказания услуги получить информированное добровольное согласие Заказчика.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения Исполнителем условий договора Заказчик вправе по своему выбору потребовать:

6.1.1. Назначения нового срока оказания услуги;

6.1.2. Уменьшения стоимости предоставленной услуги;

6.1.3. Исполнения услуги другим специалистом;

6.1.4. Расторжения договора и возмещения убытков, в том числе понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги, если это необходимо, в других медицинских учреждениях.

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

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ЕГО РАСТОРЖЕНИЯ

7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до исполнения обязательств сторонами.

7.2. Условия договора могут быть изменены по соглашению сторон путем оформления в письменной форме дополнений, являющихся неотъемлемой частью договора.

7.3. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

8.1. Споры и разногласия, возникающие в процессе исполнения данного договора, разрешаются путем переговоров, а в случае не достижения согласия - в судебном порядке.

8.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой стороны.

РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:

Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения
«Хадыженская стоматологическая поликлиника»

Адрес: 325680 Апшеронский район, г. Хадыженск,
ул. Ленина, 70а. тел./факс: (86152)4-15-36

ИНН 2325008912

КПП 232501001

Р/с 40701810200003000119

Банк ГРКЦ ГУ Банка России по Краснодарскому краю
г. Краснодар

БИК 040349001

ЕГРЮЛ Свидетельство серия 23, № 008991760 от 14.05.2013г.,
регистрирующий орган: межрайонная ИФНС № 9 по
Краснодарскому краю.

Главный врач медицинской
организации
М.П.

/А.И. Щербина

Заказчик:

Ф.И.О.

Паспорт

(серия, номер, кем и когда выдан)

Адрес

Телефон

Информированное добровольное согласие

г. Хадыженск

«_____» _____ 20____ г.

Я, _____, в рамках договора об оказании платных медицинских услуг желаю получить платные стоматологические медицинские услуги в Муниципальном бюджетном учреждении здравоохранения «Хадыженская стоматологическая поликлиника», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их 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 лечение мне не гарантирует 100% результат и что при проведении лечения и после него, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения.

4. Мне разъяснено, что я должен поставить в известность о моих проблемах со здоровьем аллергических проявлений или индивидуальной непереносимости лекарств, а также о злоупотреблениях алкогольными или наркотическими препаратами.

5. Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, врач не несет ответственности за их возникновение.

6. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.

7. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны виды дополнительных медицинских услуг, которые я хочу получить в МБУЗ «Хадыженская стоматологическая поликлиника» и согласен(на) оплатить лечение.

8. Я ознакомлен с действующим 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 оплату в кассу МБУЗ «Хадыженская стоматологическая поликлиника» в сумме _____ рублей.

10. Я проинформирован, что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в МБУЗ «Хадыженская стоматологическая поликлиника».

11. Настоящее согласие мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Потребитель: _____
(Ф.И.О.) _____ (подпись)

паспорт: серия _____, № _____, выдан «_____» _____ г.

Настоящее согласие подписано потребителем на приеме у врача _____
после проведения разъяснительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

(подпись; фамилия, имя, отчество врача)

М.П.

Приложение № 2

к договору на оказание платных медицинских услуг

Перечень медицинских услуг

[illegible]

Настоящее приложение на 1 (одном) листе является неотъемлемой частью договора от _____ 20 ____ г. № _____, составлено в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

**Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность
МБУЗ «Хадыженская стоматологическая поликлиника» в соответствии с лицензией**

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:
 - рентгенологии;
 - сестринскому делу;
 - стоматологии;
 - стоматологии ортопедической.
- при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:
 - стоматологии детской;
 - стоматологии ортопедической;
 - стоматологии ортопедической;
 - стоматологии хирургической.

При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуется и выполняется следующие работы (услуги):

- при проведении медицинских экспертиз по:
 - экспертизе качества медицинской помощи;
 - экспертизе временной нетрудоспособности.

Настоящий перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность МБУЗ «Хадыженская стоматологическая поликлиника», составлен на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности от 16 декабря 2013 года № ЛО-23-01-006667, выданной министерством здравоохранения Краснодарского края.