

Уведомление

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края «Ставропольская краевая клиническая специализированная психиатрическая больница №1» уведомляет

Ф.И.О. потребителя/заказчика

О том, что, несоблюдение указаний (рекомендаций) учреждения (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. Я уведомлен, что данную медицинскую услугу я могу получить бесплатно в других медицинских учреждениях.

Я уведомлен, что согласно ст.19 ГК РФ, гражданин приобретает и осуществляет права и обязанности под своим именем, включающим фамилию, имя, отчество (при наличии), приобретение прав и обязанностей под именем другого лица не допускается. Соответственно, факт оказания предусмотренной настоящим договором медицинской услуги анонимно, либо установленный диагноз не могут служить основанием для приобретения в дальнейшем каких-либо прав или обязанностей, предоставленных законодательством Российской Федерации, как связанных с состоянием моего здоровья (напр. оформление листка нетрудоспособности, установление инвалидности, диспансерного наблюдения, льготного лекарственного обеспечения, санаторно-курортного лечения и т.д.) так и иных прав гражданского оборота (напр. на получение социального вычета, представления медицинской карты в суде, и т.д.). С вышеизложенным согласен.

С уведомлением ознакомлен до заключения договора на оказание платных медицинских услуг, экземпляр на руки получил _____ (Фамилия, инициалы, подпись, дата).

ДОГОВОР

на оказание платных медицинских услуг анонимно

г. Ставрополь «___» _____ 201__ года
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края «Ставропольская краевая клиническая специализированная психиатрическая больница №1» (сокращенное наименование – ГБУЗ СК «СККСПБ №1»), именуемое в дальнейшем «ИСПОЛНИТЕЛЬ», в лице главного врача Боева Олега Игоревича, действующего на основании Устава и бессрочно лицензии ЛО -26-01-004536 от "28" июня 2018 г., выдана бессрочно министерством здравоохранения Ставропольского края (ул. Маршала Жукова, 42/311, телефон 8(8652)748079), с одной стороны, и Анонимный _____ именуемый в дальнейшем «ЗАКАЗЧИК» либо «Потребитель», с другой стороны, в дальнейшем «стороны», в соответствии сп.2 ч.5 ст.84 Закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ, пп.б) пункта 17 Постановления Правительства РФ от 04.10.2012 №1006, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.

1.1. По настоящему договору ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется оказать ЗАКАЗЧИКУ (либо по поручению ЗАКАЗЧИКА потребителю) следующие медицинские услуги:

1) (код А____) Ежедневный осмотр врачом-психиатром с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара.

2) _____

1.2. ЗАКАЗЧИК обязуется оплатить их стоимость в соответствии с прейскурантом, утвержденным ИСПОЛНИТЕЛЕМ.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

2.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязан:

2.1.1. Поручить оказание определенных п.1.1. договора медицинских услуг специалисту: _____

Оказать услуги качественно в оговоренный с заказчиком срок: с «___» _____ 201__ г по «___» _____ 201__ г.
Оказать услуги качественно, по общепринятым в медицинской практике методикам. Обеспечить Заказчика всей необходимой информацией об услуге. По требованию Заказчика – Исполнитель обязан предоставить в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, в т. ч. сведения:

- о порядках оказания и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг;
- информацию о конкретном медицинском работнике (его профессиональном образовании и квалификации), предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу;
- информацию о методах и возможных видах медицинского вмешательства, связанных с ними рисках, последствиях и ожидаемых результатах;
- другие сведения, относящиеся к предмету договора.

2.1.2. Ознакомить лиц, направляемых заказчиком с прейскурантом, действующим на момент оказания услуги. При изменении плана оказания и стоимости услуг, проинформировать ЗАКАЗЧИКА и осуществить дополнительную услугу с его согласия с дополнительной оплатой.

2.1.3. Поставить в известность ЗАКАЗЧИКА о возникших в процессе оказания услуг обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказания услуг и возможных осложнениях. Изменение плана оказания услуг согласовать с заказчиком.

2.1.4. Соблюдать правила медицинской этики, врачебную тайну и конфиденциальность информации о здоровье Заказчика/потребителя.

2.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право:

2.2.1. По личной просьбе ЗАКАЗЧИКА либо направляемого им лица, или по стечению обстоятельств (болезнь, отпуск лечащего врача, психологическая несовместимость) назначить другого врача с его согласия для оказания услуг.

2.2.2. Отказаться от оказания услуг, если их оказание не соответствует требованиям технологий, может вызвать нежелательные последствия.

2.2.3. В случае возникновения неотложных состояний Исполнитель имеет право самостоятельно определять объем исследований и медицинских вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных договором.

2.3. ЗАКАЗЧИК обязан:

2.3.1. ЗАКАЗЧИК, либо лица, направляемые ЗАКАЗЧИКОМ, обязаны выполнять все требования и рекомендации врачей, врачебной комиссии. До оказания услуги должен информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях. Оказывать содействие Исполнителю в надлежащем исполнении им обязательств по договору, в т. ч. обеспечить явку потребителя услуг в назначенное время, соблюдение назначенного режима, рекомендаций Исполнителя (медицинского работника предоставляющего услугу). Несоблюдение указанных в настоящем пункте условий может снизить качество услуг или повлечь за собой невозможность завершения услуг в срок.

2.3.2. Потребитель обязан оказывать содействие Исполнителю в надлежащем исполнении им обязательств по договору, в т. ч. обеспечить явку потребителя услуг в назначенное время, соблюдение назначенного режима, рекомендаций Исполнителя (медицинского работника предоставляющего услугу). Несоблюдение указанных в настоящем пункте условий может снизить качество услуг или повлечь за собой невозможность завершения услуг в срок. Немедленно извещать лечащего врача об изменениях в состоянии здоровья в процессе оказания услуг или после их окончания, а также о принимаемых лекарственных препаратах.

2.3.3. При амбулаторном режиме извещать через регистратуру о невозможности явки на прием не менее чем за 24 часа. При стационарном режиме - соблюдать режим, действующий в стационарном отделении.

2.3.4. Ознакомиться с расценками прейскуранта на оказываемые медицинские услуги.

2.3.5. Своевременно производить оплату медицинских услуг в соответствии с выставленным счетом по расценкам прейскуранта ИСПОЛНИТЕЛЯ.

2.4. ЗАКАЗЧИК имеет право:

2.4.1. Отказаться от оказания услуг в любой момент до их оказания с оплатой тех медицинских услуг, которые на тот момент будут оказаны.

2.4.2. На проведение по просьбе ЗАКАЗЧИКА консилиума и консультаций специалистов.

2.4.3. На добровольное согласие и отказ от оказания медицинских услуг.

2.4.4. На получение в доступной форме информации о состоянии своего здоровья и последствиях полученной услуги.

3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.

3.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ несет ответственность:

-за качество оказываемых услуг, лечебно-диагностического процесса, достаточных и адекватных состоянию заказчика на момент обращения; за выполнение назначенных сроков оказания услуги; за несоблюдение врачебной тайны.

3.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ не несет ответственности в случаях:

-возникновения осложнений по вине ЗАКАЗЧИКА либо направляемых им лиц (невыполнение требований и назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших нарушениях и отклонениях);

-прекращения (не завершения) услуг по инициативе ЗАКАЗЧИКА до окончания лечения.

3.3. ЗАКАЗЧИК несет ответственность:

-за недостоверное предоставление информации;

-за невыполнение требований и рекомендаций врача;

-за несвоевременную оплату медицинских услуг.

3.4. В остальных случаях стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ. Претензии рассматриваются в течение 30 календарных дней.

4. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ.

4.1. ЗАКАЗЧИК оплачивает в порядке предоплаты 100% стоимости медицинских услуг по утвержденному ИСПОЛНИТЕЛЕМ прейскуранту согласно п.1.1. и 2.3.4, 2.3.5 настоящего договора в сумме: _____ руб. При возникновении

необходимости оказания дополнительного объема медицинских услуг, не предусмотренных договором, стороны составляют дополнительное соглашение к договору в письменном виде только в период нахождения потребителя услуг в стационаре, в случае прекращения оказания услуг по вине потребителя – денежные средства не возвращаются.

4.2. Оплата производится в Российских рублях на расчетный счет либо в кассу ИСПОЛНИТЕЛЯ.

5. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.

5.1. Любой спор, разногласие или претензия, возникающие или касающиеся настоящего договора, либо вопросов связанных с его исполнением, прекращением, недействительностью договора в целом или его части, могут регулироваться сторонами только в период нахождения заказчика в стационаре при наличии визуализации анонимного заказчика/потребителя услуги. Направление претензий в письменной форме а также восстановление и защита имущественных и личных неимущественных прав сторон и рассмотрение разногласий в судебном порядке возможно только при отказе заказчика от условия анонимности непосредственно в период оказания услуг и заключения договора с указанием своих персональных данных.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА.

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания сторонами и прекращается по выполнению указанных выше договорных обязательств сторон в полном объеме.

7. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ.

7.1. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

8. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН.

ИСПОЛНИТЕЛЬ: ГБУЗ СК «СККСПБ №1»,
355038, г. Ставрополь, ул. Ленина, 441, телефон: 99-17-82,
ИНН 2633002440, КПП 263501001, ОГРН 1022601948478
л/сч в МФ СК 045.70.004.8
р/с 40601810600023000001 Отделение Ставрополь г.
Ставрополь, БИК 040702001
Главный врач _____ О.И. Боев

ЗАКАЗЧИК:
Анонимный

Заказчик _____

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ №

к договору № _____ от « _____ » _____ 20__ г.

о предоставлении платных медицинских услуг анонимно

г. Ставрополь

« _____ » _____ 20__ года

ГБУЗ СК «Ставропольская краевая клиническая специализированная психиатрическая больница №1», именуемая в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Боева Олега Игоревича, действующего на основании Устава и лицензии ЛО -26-01-004536 от "28" июня 2018 г., выдана бессрочно министерством здравоохранения Ставропольского края (ул. Маршала Жукова, 42/311, телефон 8(8652)748079), с одной стороны и Заказчик

Анонимный _____

именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны заключили настоящее дополнительное соглашение о нижеследующем:

1. В связи с выявлением в процессе предоставления медицинских услуг потребности в дополнительном объеме оказания услуг, стороны пришли к соглашению об увеличении объема предоставляемых медицинских услуг в части (нужное подчеркнуть):
 - 1.1. продления срока оказания потребителю услуг, предусмотренных п. 1.1. договора.
с « _____ » _____ 20__ г. по « _____ » _____ 20__ г.
 - 1.2. предоставления дополнительных медицинских услуг;
 - 1.3. использования лекарственных средств и расходных материалов.
2. Медицинские услуги, указанные в пункте 1 настоящего дополнительного соглашения оплачиваются «Заказчиком» сверх суммы, указанной в договоре на основании п. 3.1.2. договора и настоящего соглашения, путем внесения в кассу «Исполнителя» дополнительно суммы: _____ руб.
3. Общая сумма договора увеличивается на _____ руб.
и составляет : _____ руб.
4. В остальной части условия договора остаются неизменными. Настоящее соглашение вступает в силу с даты подписания, составлено в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

Реквизиты и подписи сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края «Ставропольская краевая клиническая специализированная психиатрическая больница №1»
355038. г. Ставрополь, ул. Ленина,441
телефон: 991782, 991775
ИНН2633002440, КПП263501001
л/сч в МФ СК 045.70.004.8
р/с 40601810600023000001 в Отделении по СК
Южного главного управления ЦБ РФ
БИК 040702001

Главный врач

_____/О.И. Боев/

ЗАКАЗЧИК

Анонимный _____
проживающий по адресу: _____

_____/_____/_____

