

ДОГОВІР №__
про надання медичних послуг

м. Одеса

«__» _____ 20__р.

Товариство з обмеженою відповідальністю «Есперанто Мед», що діє на підставі ліцензії на здійснення діяльності з медичної практики, виданої на підставі наказу Міністерства охорони здоров'я України від 02.11.2017р. №1354 (реєстраційне досьє від 25.10.2017р. №2510 / 06-М) (далі -«**Медичний центр**»), в особі директора Нігуци Ігоря Павловича, який діє на підставі Статуту, з одного боку, і

(вказати прізвище, ім'я, по батькові)

паспорт: _____
серія № _____, виданий _____
_____р.(далі - «**Пацієнт**»), з іншого боку, разом іменовані «**Сторони**», а кожен окремо «**Сторона**», уклали цей Договір про надання медичних послуг(далі - «**Договір**») про наступне:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

- 1.1.В порядку та на умовах, передбачених цим Договором, Медичний центр зобов'язується надати, а Пацієнт зобов'язується прийняти та оплатити медичні послуги, зазначені в Додатку №1 до цього Договору (далі -«**Послуги**»).
- 1.2.У разі виникнення необхідності надання додаткових послуг, не передбачених цим Договором, їх вартість буде визначатися Сторонами додатково шляхом підписання додаткової угоди до цього Договору.

2. ВАРТІСТЬ ПОСЛУГ І ПОРЯДОК РОЗРАХУНКІВ

- 2.1. Загальна вартість Послуг, наданих Пацієнту за цим Договором, розрахована, виходячи з діючих тарифів на медичні послуги Медичного центру і становить суму в розмірі _____ грн. (_____).
- 2.2 Пацієнт оплачує вартість Послуг за цим Договором протягом одного робочого дня з дати підписання цього Договору шляхом внесення в касу або перерахування на поточний рахунок Медичного центру 100%, зазначеної в п. 2.1. Договору загальної вартості Послуг.
- 2.3. У разі одностороннього припинення дії Договору Медичним центром у зв'язку з порушенням Пацієнтом умов цього Договору, сума сплачених Послуг Пацієнту не повертається.

3. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

3.1. Медичний центр зобов'язується:

- 3.1.1. У строки та порядку, передбачені цим Договором, надати Пацієнту Послуги, враховуючи побажання і вимоги Пацієнта, що не суперечать вимогам чинного законодавства України та положенням Договору.
- 3.1.2. До початку надання Послуг надати Пацієнту всю необхідну інформацію про строки, порядок, зміст Послуг, включаючи відомості про неминучі або можливі ускладнення (побічні ефекти) і перелік рекомендацій, дотримання яких необхідно для завершення процесу лікування і якнайшвидшої реабілітації, про що Пацієнт складає і підписує письмову «Інформовану добровільну згоду пацієнта на проведення діагностики, лікування», яка є Додатком №2 до цього Договору, «Інформовану добровільну згоду на операцію та знеболення», яка є Додатком №3 до цього Договору.
- 3.1.3. Не поширювати інформацію про стан здоров'я Пацієнта, факт його звернення до Медичного центру за Послугами, видах і результатах медичних обстежень і оглядів, інші медичні відомості Пацієнта. Надання такої інформації здійснюється у випадках, передбачених чинним законодавством України.

3.2. Пацієнт зобов'язується:

- 3.2.1. До підписання «Інформованої добровільної згоди пацієнта на проведення діагностики, лікування», яке є Додатком №2 до цього Договору, «Інформованої добровільної згоди на операцію та знеболення», яка є Додатком №3 до цього Договору та до початку надання Послуг, уважно ознайомитися з наданою Медичним центром інформацією про Послуги, методи, способи, порядок, терміни їх надання, поставити лікарям фахівцям Медичного центру все питання, що стосуються методу лікування (діагностики), можливих наслідків, ускладнень і т.і. У будь-якому іншому випадку Замовник зобов'язаний відмовитися від підписання «Інформованої добровільної згоди пацієнта на

проведення діагностики, лікування», яка є Додатком №2 до цього Договору, «Інформованої добровільної згоди на операцію та знеболення», яка є Додатком №3 до цього Договору.

3.2.2. Максимально сприяти Виконавцю в своєчасному і якісному наданні Послуг, в т.ч. оперативно повідомляти повну і достовірну інформацію, необхідну для надання Послуг, в тому числі: про стан свого здоров'я, про перенесені хірургічні втручання, травми, хронічні і спадкові захворювання, алергічні реакції, протипоказання, непереносимості окремих медичних препаратів і методів лікування, їх поєднань, якій він має в своєму розпорядженні і яка може вплинути на якість Послуги і т.і., а також будь-які відомості, документи які мають значення і можуть вплинути на строки та якість надання Послуг. Зазначені дані заносяться в медичну карту Пацієнта, яка зберігається у Медичного центру.

3.2.3. Пройти, в разі необхідності, курс лікування, призначений лікарем Медичного центру.

3.2.4. Відвідувати Медичний центр в час, призначений лікарем Медичного центру, а також сумлінно виконувати всі його розпорядження і рекомендації. Інформувати Медичний центр про свою відсутність (необхідність перенесення зустрічі) по телефону, електронній пошті, зазначеними в цьому Договорі.

3.2.5. Сумлінно виконувати всі вимоги режиму, внутрішнього розпорядку Медичного центру та інші вимоги, що забезпечують якісне і своєчасне надання Послуг.

3.2.6. При будь-яких змінах, в тому числі негативних, самопочуття і стану здоров'я негайно, а при необхідності цілодобово, повідомляти відповідного лікаря Виконавця.

3.2.7. Оплатити Послуги у строки та порядку, передбачені п.2.2 Договору.

3.2.8. Сурово дотримуватися правил перебування у Медичному центрі.

3.2.9. Зберігати конфіденційність інформації, отриманої в процесі виконання цього Договору.

3.3. Медичний центр має право:

3.3.1 Відмовити в наданні Послуг в будь-який момент у разі невиконання Пацієнтом вимог цього Договору; при виявленні протипоказань або явної неможливості досягти результату обраних Пацієнтом Послуг; при наданні неповних або недостовірних даних про стан здоров'я Пацієнта; відмови і/або невиконання Пацієнтом вимог лікарів Медичного центру; порушення термінів, порядку або розміру оплати Послуг.

3.3.2. Залучати до надання Послуг третіх осіб.

3.3.3. Не приступати до виконання своїх зобов'язань за цим Договором до надання Пацієнтом даних, передбачених цим Договором, а також до отримання оплати в розмірі, передбаченому цим Договором.

3.4. Пацієнт має право:

3.4.1. Отримати повну і достовірну інформацію про вартість, порядок, строки, зміст Послуг, рекомендації лікарів Медичного центру, умови надання Послуг, стан свого здоров'я, можливі ускладнення, які можуть виникнути в результаті надання Послуг;

3.4.2. На своєчасне і якісне отримання Послуг, передбачених цим Договором

4. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН.

4.1. За невиконання або неналежне виконання зобов'язань за цим Договором Сторони несуть відповідальність відповідно до чинного законодавства України.

4.2. Медичний центр несе відповідальність відповідно до чинного законодавства України за якість наданих Послуг, у разі якщо недоліки допущені з вини Медичного центру.

4.3. Медичний центр не несе відповідальності за порушення строків та якості наданих Послуг, несприятливі наслідки наданих Послуг, які виникли в результаті винних дій Пацієнта, третіх осіб, в тому числі ненадання або надання недостовірної, неповної інформації, зазначеної в даному Договорі, недотримання рекомендацій лікарів-фахівців, необхідних для завершення процесу лікування, реабілітації та ін.

4.4. Медичний центр не несе відповідальності за ускладнення (побічні ефекти), що виникли або які можуть виникнути про які Пацієнт був попереджений у відповідності з «Інформованою добровільною згодою пацієнта на проведення діагностики, лікування», яка є Додатком №2 до цього Договору, «Інформованою добровільною згодою на операцію та знеболення», яка є Додатком №3 до цього Договору.

4.5. Всі суперечки і розбіжності, що виникають між Сторонами за цим Договором або в зв'язку з ним, вирішуються шляхом переговорів між Сторонами. У разі неможливості вирішення розбіжностей шляхом переговорів вони підлягають розгляду в господарському суді в установленому законодавством України порядку.

5. ТЕРМІН ДІЇ ДОГОВОРУ

5.1. Цей Договір набуває чинності з моменту його підписання уповноваженими представниками Сторін і діє до повного виконання Сторонами своїх зобов'язань за цим Договором або до його розірвання відповідно до чинного законодавства України.

5.2. Припинення дії Договору не звільняє Сторони від виконання зобов'язань, що виникли в період його дії.

5.3. Дія цього Договору може бути припинено достроково за взаємною згодою Сторін, а також в односторонньому порядку у випадках, передбачених Договором.

6. ЗАКЛЮЧНІ ПОЛОЖЕННЯ

6.1. Всі зміни і доповнення до цього Договору можуть здійснюватися тільки в письмовій формі, шляхом укладання додаткових угод, які, в разі їх наявності, будуть невід'ємною частиною цього Договору.

6.2. З усіх питань, не врегульованих цим Договором, Сторони керуються чинним законодавством України.

6.3. Підписанням цього Договору Пацієнт підтверджує, що:

- він в необхідному для нього обсязі і кількості ознайомлений з порядком, змістом, строками, правилами, вартістю надання Послуг;

- він обізнаний і згоден з тим, що Медичний центр має право відмовитися від подальшого надання Послуг в разі не виконання або порушення Пацієнтом медичних приписів або правил внутрішнього розпорядку Медичного центру. В даному випадку Виконавець не несе відповідальності за здоров'я Замовника у разі відмови останнього від виконання або невиконання медичних приписів або правил внутрішнього розпорядку Медичного центру;

- він попереджений і погоджується на медичне втручання при наявності ризику для здоров'я Пацієнта, яке може мати місце у виняткових випадках при наявності гострої необхідності, коли можлива шкода від застосування методів діагностики, профілактики або надання необхідних процедур менше, ніж та, що очікується в разі втручання, а усунення небезпеки для здоров'я Пацієнта іншими методами неможливо;

- він попереджений і згоден з тим, що відсутність згоди на медичне втручання при наявності ризику для здоров'я Пацієнта може призвести до тяжких наслідків для Пацієнта;

- він обізнаний і визнає допустимими ризиковані методи діагностики, профілактики або надання процедур, якщо вони відповідають сучасним науково-обґрунтованим вимогам і спрямовані на запобігання реальній загрози життю і здоров'ю Пацієнта;

- він попереджений і згоден з тим, що надання Послуг може бути призупинено на будь-якому з етапів їх надання;

- він попереджений і згоден з тим, що вся медична документація (медична карта, дані обстежень, аналізів, висновки фахівців і т.д.) Пацієнта є власністю Медичного центру і зберігається у нього;

- він приймає всі умови цього Договору без зауважень.

6.4. Всі додатки до цього Договору є невід'ємною і істотною його частиною.

6.5. Цей Договір складений в 2 / двох / примірниках, які мають однакову юридичну силу, по одному для кожної із Сторін.

7. Юридичні адреси та реквізити Сторін

ПАЦІЄНТ:

МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР:

ТОВ «Есперанто МЕД»

65009, м. Одеса, вул. Тініста, буд.9/12
п/р 26006671480900 в ПАТ «Укрсиббанк»
МФО 351005, код ЄДРПОУ 41539955
тел.
e-mail:

Директор

І.П. Нігуца
М.П.

м. Одеса

«__» _____ 2017р.

Товариство з обмеженою відповідальністю «Есперанто МЕД», що діє на підставі ліцензії на здійснення діяльності з медичної практики, виданої на підставі наказу Міністерства охорони здоров'я України від 02.11.2017г. №1354(реєстраційне дос'є від 25.10.2017г. №2510 / 06-М) (далі - «**Медичний центр**»), в особі директора Нігуца Ігоря Павловича, який діє на підставі Статуту, з одного боку, і

(вказати прізвище, ім'я, по батькові)

паспорт: _____
серія ____ № _____, виданий _____
_____ р. (далі - «**Пацієнт**»), з іншого боку, разом іменовані «**Сторони**», а кожен окремо «**Сторона**», на виконання Договору про надання медичних послуг № __ від _____ р. (далі - «**Договір**») домовилися про те, що Медичний центр надає Пацієнту наступні медичні послуги за Договором:

№	Найменування і опис медичних послуг	Вартість медичних послуг, грн.
1		
2		
3		
4		
5		

Цей Додаток №1 є невід'ємною частиною Договору, складений і підписаний в двох примірниках, які мають однакову юридичну силу, по одному для кожної із Сторін.

ПАЦІЄНТ:

МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР:

ТОВ «Есперанто МЕД»

65009, м. Одеса, вул. Тініста, буд.9/12
п/р 26006671480900 в ПАТ «Укрсиббанк»
МФО 351005, код ЄДРПОУ 41539955
тел.
e-mail:

Директор

І.П. Нігуца
М.П.

ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ «ЕСПЕРАНТО МЕД» 65009, м. Одеса, вул. Тіниста, буд. 9/12 код за ЄДРПОУ 41539955	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 003-6/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України 14.02.12. №110
--	--

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА НА ПРОВЕДЕННЯ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ

Я, _____, одержала у Медичному центрі «Есперанто» ТОВ «Есперанто МЕД» інформацію про характер мого захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування.

Я ознайомена з планом обстеження і лікування. Отримала в повному обсязі роз'яснення про характер, мету, орієнтовну тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки під час його проведення, про необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язуюсь негайно повідомляти лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття. Я поінформована, що недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.

Мені надали в доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування.

Я мала можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно стану здоров'я, перебігу захворювання і лікування та одержала на них відповіді.

Я, отримала повну, об'єктивну інформацію про медичні послуги ТОВ «Есперанто Мед», які я обрала, про стан мого здоров'я, можливі ускладнення для мого здоров'я, можливості проведення додаткового оперативного втручання, особливості до операційного та післяопераційного періоду, можливості альтернативних методів лікування, прогнози перебігу захворювання та необхідності подальшого лікування, різноманітні варіанти анестезії, а також можливі небезпеки і ускладнення, які пов'язані з ними.

Я поінформувала лікаря ТОВ «Есперанто Мед» _____ про мою підвищену чутливість до медикаментів _____ про мої хронічні хвороби _____

_____, і повністю задоволена якістю і обсягом отриманої інформації.

Я даю згоду на медичне втручання і призначення ліків, на додаткові маніпуляції (послідовні обстеження), які можуть знадобитися при медичному втручанні. Я погодилась із тим, що результати моїх медичних обстежень і лікувань можуть обговорюватися іншими особами (лікарями та вченими) і надаю згоду на використання і передачу таких результатів третім особам. Я розумію, що медицина - це не точна наука і навіть досвідчений лікар не може абсолютно гарантувати отримання очікуваного результату. ТОВ «Есперанто», в тому числі і не гарантував мені 100% результату.

Я підтверджую, що отримана мною інформація мене повністю задовольняє, я повністю розумію призначення цього документу і отримані пояснення мене повністю задовольняють, я інформована, що нехтування рекомендаціями лікарів Медичного центру може привести до ускладнень і погіршення результату операції, я повністю усвідомлюю, що хірургічний ускладнення виникають внаслідок біологічних особливостей організму і не можуть бути розцінюватися, як наслідки неякісно проведеної операції, тому сплату за їх усунення я гарантую.

Я підтверджую, що дію вільно, свідомо і добровільно, за власним розсудом, без будь-якого примусу як фізичного так і психічного, перебуваючи в здоровому глузді та ясній пам'яті, усвідомлюючи значення своїх дій та керуючи ними, а не помиляючись щодо обставин обумовлених вище, підтверджую свою згоду на медичне втручання. Ця добровільна згода скріплюю власноручним підписом.

Інформацію надав лікар _____ "_____" _____ 20__ року
Я, _____, згодна із запропонованим планом лікування.

«_____» _____ 20__ р.

(ПІБ, підпис)

Згода посвідчена: **Головний лікар Медичного центру «Есперанто» ТОВ «Есперанто Мед»**

Нігуца І.П. _____ «_____» _____ 20__ р.
М.П.

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА НА ОПЕРАЦІЮ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ

Я, _____,
підтверджую, що отримала зрозумілу для мене інформацію про характер виявленого у мене захворювання, яке потребує лікування шляхом здійснення оперативного втручання.

Я отримала інформацію про _____ у мене
(наявність/відсутність)

супутніх захворювань, які можуть впливати на перебіг операції та післяопераційного періоду.

Я отримала пояснення про можливі варіанти хірургічного лікування та про те, що операція буде виконуватись за _____ показаннями.

(відносними/абсолютними)

У процесі обговорення з лікуючим лікарем ми дійшли висновку, що найбільш оптимальним методом хірургічного втручання може бути операція в обсязі: _____

виконання якої планується під знеболенням (необхідне відзначити):

інфільтраційною регіонарною анестезією	<input type="checkbox"/>
внутрішньовенною анестезією	<input type="checkbox"/>
загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень	<input type="checkbox"/>
регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією	<input type="checkbox"/>
комбінованою анестезією (загальною + регіональною).	<input type="checkbox"/>

Я усвідомлюю, що операція та знеболення - це складні медичні втручання, під час виконання яких можуть виникнути непередбачувані обставини, внаслідок яких може бути змінено хід операції та знеболення, на що я надаю згоду. У виняткових випадках кінцевий клінічний діагноз та обсяг необхідних медичних послуг можуть бути визначені під час операції. Крім того, я розумію, що під час операції може виникнути потреба в переливанні крові, на що я _____ згоду.

(даю/не даю)

Інформацію надав лікар, який лікує або буде оперувати мене _____ "___" _____ 20__ року _____
(П. І. Б. лікаря) (підпис лікаря)

Інформацію довів лікар-анестезіолог _____ "___" _____ 20__ року _____
(П. І. Б. лікаря) (підпис лікаря)

Підтверджую, що я мала можливість поставити всі питання стосовно операції і знеболення, які мені запропоновано, та можливі їх наслідки. У мене немає недовіри щодо інформації, яку я отримала, та мені були надані можливість і час на обміркування.

_____ згоду на операцію і доручаю виконати її лікарю _____,
(даю/не даю)

а знеболення - лікарем _____, що підтверджую своїм підписом.

_____ "___" _____ 20__ року
(підпис Пацієнта)

Копію інформованої згоди отримав: Пацієнт _____