**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**на предоставление платных медицинских услуг**

**ПО ПРОГРАММЕ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ (КОНТРАКТНЫХ РОДОВ)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | .  |

г. Серпухов МО «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Серпуховской родильный дом»** (лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-50-01-010971 от 4 июня 2019 года, выдана Министерством здравоохранения Московской области бессрочно), в лице главного врача **С.И. Пойманова**, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.), именуемая (-ый) в дальнейшем «Заказчик (Пациент)», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

 1.1. Исполнитель обязуется оказать Заказчику (Пациенту) на возмездной основе услуги по Программе родовспоможения (Приложение № 1 к настоящему Договору) в объеме и в сроки согласно условиям настоящего Договора и Перечню услуг (Приложение № 2 к настоящему Договору). Оказание медицинских услуг производится по адресу Исполнителя – Московская область, г. Серпухов, ул. Физкультурная, д. 20.

1.2. Объем оказываемых по настоящему Договору платных услуг определяется Перечнем услуг (Приложение № 2 к настоящему Договору), общим состоянием здоровья Пациента, индивидуальными особенностями организма, медицинскими показаниями (противопоказаниями) по лечению выявленных заболеваний (патологий), желанием Заказчика и организационно-техническими возможностями Исполнителя.

 1.3. Качество медицинских услуг должно соответствовать условиям Договора, а при отсутствии в Договоре условий об их качестве – требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.

 1.4. В период действия Договора Исполнитель предоставит медицинские услуги только при наличии подписанного Пациентом информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (приложение № 3 к Договору).

 1.5. Факт заключения данного Договора не является основанием предоставления Заказчику (Пациенту) платных медицинских услуг в первоочередном порядке.

**2. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

2.1. Ориентировочная стоимость услуг по Договору в соответствии с предварительным планом лечения согласно прейскурантам Исполнителя рассчитывается в Приложении 2 к Договору и составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей \_\_\_ копеек. НДС не облагается.

2.2. Указанная в п.2.1 сумма является предварительной. Окончательная стоимость определяется после окончания лечения в соответствии с прейскурантом Исполнителя, фактическим объемом оказанных Заказчику (Пациенту) услуг и стоимостью использованных дорогостоящих медикаментов, изделий медицинского назначения, что отражается в Акте оказанных услуг. Примерная форма Акта соответствует Приложению № 5 к настоящему Договору.

2.3. Заказчик оплачивает 100% от ориентировочной стоимости услуги в течение 5 календарных дней с даты заключения Договора. В случае не оплаты указанной суммы Заказчик (Пациент) в учреждение на лечение не принимается.

2.4. Окончательный расчет за вычетом ранее оплаченной суммы в соответствии с п. 2.3. Договора производится Заказчиком не позднее, чем в день выписки из медицинского учреждения. Выписка из истории болезни, а также иные медицинские документы, передаются Заказчику (Пациенту) после полной оплаты медицинских услуг.

2.5. Оплата производится за наличный расчет в кассу Исполнителя. Оплата окончательного расчета производится на основании подписанного сторонами Акта оказанных услуг.

2.6. При возникновении необходимости, для качественного оказания медицинской услуги, выполнения работ, не предусмотренных Договором, они выполняются с согласия Заказчика (Пациента) с оплатой в соответствии с прейскурантом Исполнителя.

 2.7. В момент подписания настоящего Договора Заказчик (Пациент) ознакомлен с действующими прейскурантами и индивидуальной программой родовспоможения, понимает содержащуюся в нем информацию и согласен с ценами на медицинские услуги (подпись): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**3. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ**

3.1. Договор о предоставлении платных медицинских услуг по программе родовспоможения может быть заключен Заказчиком (Пациентом) не позднее 36 недель беременности.

3.2. Перед заключением Договора осуществляется консультация ведущим специалистом (врачом акушером-гинекологом).

3.3. Заказчик(Пациент) имеет право на выбор индивидуальной бригады (врач и акушерка) согласно прейскуранту.

3.4. При отказе от выбора медицинской бригады помощь оказывается в том же объеме дежурной сменой. Вызов индивидуальной бригады, указанной в договоре, осуществляется персоналом медицинского учреждения.

3.5. На родах возможно присутствие партнера с соблюдением требований, указанных в Приложении № 1 к Договору.

3.6. Порядок госпитализации:

3.6.1. Госпитализация осуществляется в акушерское отделение с началом родовой деятельности, а при наличии показаний для дородовой госпитализации – в отделение патологии беременности.

3.6.2. Для проведения госпитализации в медицинское учреждение при себе необходимо иметь следующие документы: обменная карта, паспорт, СНИЛС, Договор, квитанция об оплате.

3.7. При выписке медицинские документы передаются Заказчику (Пациенту) после окончательного расчета с Исполнителем.

3.8. Выписка из стационара учреждения производится не ранее 3 (трех) суток после самопроизвольных не осложненных родах и 5 (пяти) суток после операции кесарева сечения.

3.9. Обязательства Исполнителя по Договору считаются исполненными в полном объеме в момент подписания Заказчиком (Пациентом) Акта оказанных услуг.

3.10. Обязательства Заказчика (Пациента) по оплате считаются исполненными в полном объеме в момент проведения окончательного расчета по Договору в соответствии с пунктом 2.4.

**4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

 4.1. **Исполнитель обязуется:**

 4.1.1. По требованию Заказчика (Пациента) в доступной форме предоставить ему информацию, а также документы для ознакомления:

- сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности;

- перечень платных медицинских услуг с указанием цен в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты;

- сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;

- режим работы медицинской организации, график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;

- адреса и телефоны органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;

- копию учредительного документа медицинской организации

- копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией;

- порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;

- о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

- о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

- о порядке и объеме лечебно-диагностических медицинских услуг;

- об изменении объемов лечебно-диагностических медицинских услуг в период стационарного лечения, обусловленного особенностями течения конкретного клинического случая;

- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

4.1.2. Обеспечить Пациенту непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья. После получения стационарных платных медицинских услуг на основании письменного заявления Пациента, либо его законного представителя, выдать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки.

4.1.3. Предоставить медицинские услуги врачом-акушером-гинекологом (персональным) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. врача, подпись)

являясь персональным врачом-акушером-гинекологом по договору № от,

предоставляю свой мобильный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ пациенту для связи по вопросам состояния здоровья.

4.1.4 Врач-акушер-гинеколог (персональный) может быть заменен другим в следующих случаях:

 а) по взаимному соглашению сторон;

 б) без согласования с пациентом в случае невозможности выполнять врачом возложенные на него функции в связи с болезнью или по иным уважительным причинам.

4.1.5. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных форм, порядку и срокам их представления.

4.2. **Исполнитель имеет право:**

4.2.1. в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной договором;

4.2.2. отказаться в одностороннем порядке от исполнения обязательств по настоящему Договору в случае, когда действия Заказчика (Пациента) делают невозможным исполнение медицинской услуги в целом или надлежащего качества, а именно:

* 1. нарушение плана лечения;
	2. нарушение режима проводимых процедур, распорядка дня, установленного в учреждении;
	3. курение как в отделении, так и на территории медицинского медучреждения;
	4. употребление алкоголя, наркотических средств и т.п.

4.3. **Заказчик (Пациент)** **обязуется:**

4.3.1. Оплатить предоставленную Исполнителем медицинскую услугу в сроки и в порядке, определенные Договором.

4.3.2. До оказания медицинской помощи информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

4.3.3. Выполнять Правила внутреннего распорядка, требования и предписания медицинского персонала Исполнителя, как необходимые условия предоставления ему качественной медицинской помощи.

4.3.4. Регулярно выполнять личные санитарно-гигиенические  процедуры, направленные на поддержание своего здоровья и санитарно-эпидемиологического режима медицинского учреждения.

4.3.5. Предоставить письменное согласие на обработку Исполнителем его персональных данных (приложение № 4 к Договору).

4.3.6. Бережно относиться к имуществу Исполнителя.

4.3.7. Надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Пациентом настоящего Договора.

4.4. **Заказчик (Пациент) имеет право на:**

4.4.1. Диагностику, лечение в медицинской организации в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.

4.4.2. Облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами.

4.4.3. Получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, выбор лиц, которым в интересах Пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.

4.4.4. Получение лечебного питания.

4.4.5. Защиту сведений, составляющих врачебную тайну.

4.4.6. Отказ от медицинского вмешательства.

4.4.7. Возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи.

4.4.8. Допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты своих прав.

4.4.9. Допуск к нему священнослужителя и предоставление условий для отправления религиозных обрядов, если это не нарушает внутренний распорядок Исполнителя.

**5. СРОК ДЕЙСТВИЯ И УСЛОВИЯ ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА**

5.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента начала фактического выполнения обязательств, принятых Сторонами по настоящему Договору (день госпитализации Заказчика (Пациента)) и действует до полного их исполнения.

Дата и время (сроки) оказания медицинских услуг определяются, как правило, заблаговременно, в результате их согласования между Исполнителем и Заказчиком (Пациентом).

5.2. Настоящий Договор может быть изменен, либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, либо в одностороннем порядке в соответствии с законодательством РФ в случае нарушения сторонами обязанностей.

**6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

 6.1. Исполнитель несет ответственность за оказанные Заказчику (Пациенту) медицинские услуги, включая сохранение врачебной тайны о факте его обращения за медицинской помощью, о состоянии его здоровья и другие сведения в соответствии с требованиями Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

 6.2. Исполнитель не несёт ответственности за качество медикаментов и расходного медицинского материала, приобретённого Заказчиком (Пациентом) самостоятельно и использованного при лечении.

6.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Заказчиком (Пациентом) условий настоящего Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

6.4. В случае причинения Заказчиком (Пациентом) материального ущерба Исполнителю вследствие утраты или порчи имущества, вызванного действиями или бездействиями Заказчика (Пациента) и/или лиц его посещающих, Заказчик (Пациент) обязуется в течение 3 (трех) календарных дней, но не позднее даты выписки, возместить действительный нанесенный ущерб в полном объеме. За пациентов, не достигших совершеннолетия, и/или недееспособных несут ответственность их законные представители (родители, опекуны).

 6.5. Заказчик в случае нарушения сроков оплаты обязуется уплатить пеню в размере 0,1% от неоплаченной вовремя суммы за каждый день просрочки.

6.6. В случае досрочного расторжения Договора по инициативе Заказчика (Пациента), Заказчик оплачивает Исполнителю фактически оказанные медицинские услуги, а также возмещает фактически понесенные Исполнителем убытки в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.7. Все споры и разногласия, возникшие между Сторонами по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров, а в случае не достижения согласия – в Арбитражном суде Московской области, в соответствии с их компетенцией и с учетом условий, предусмотренных настоящим Договором.

 6.8. Исполнитель освобождается от ответственности, в случаях осложнений и побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Заказчика (Пациента), а так же в случае, если Заказчик (Пациент) не проинформировал Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

За частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств, вызванных действием непреодолимой силы, возникших после заключения Договора в результате событий чрезвычайного характера, которые соответствующая Сторона Договора не могла ни предвидеть, ни предотвратить разумными мерами (форс-мажор).

К таким событиям чрезвычайного характера относятся: наводнение, пожар, землетрясение, взрыв, шторм, оседание почвы, эпидемии и иные стихийные явления природы, техногенные происшествия, в том числе выход из строя медицинского оборудования, война военные действия, введение на соответствующей территории чрезвычайного или военного положения, изменение законодательства или иных нормативных актов, регулирующих необходимые условия Договора, иные события непредсказуемого характера, предотвратить которые имеющимися в распоряжении Исполнителя силами и средствами не представлялось возможным.

**7. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

7.1. Исполнитель обязуется охранять информацию о факте обращения Заказчика (Пациента) за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

7.2. С согласия Заказчика (Пациента) или его полномочного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Заказчика (Пациента).

7.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Заказчика (Пациента) или его представителя допускается в целях обследования и лечения Заказчика (Пациента), не способного из-за своего состояния выразить свою волю и в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

**8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

8.1. Настоящий Договор составлен в 2 экземплярах, которые имеют одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

8.2. Настоящий Договор вступает в законную силу в момент подписания его Сторонами и действует до полного исполнения обязательств каждой из сторон.

8.3. К настоящему Договору прилагаются и являются его неотъемлемой частью:

- Приложение № 1 – Программа индивидуального родовспоможения (контрактных родов).

- Приложение № 2 – Перечень оказываемых платных услуг в рамках программы родовспоможения;

- Приложение № 3 – Согласие пациента на медицинское вмешательство;

- Приложение № 4 - Согласие пациента на обработку персональных данных;

- Приложение № 5 – Форма Акта оказанных услуг.

**8. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **ЗАКАЗЧИК (ПАЦИЕНТ)** | **ИСПОЛНИТЕЛЬ** |
| **ФИО**Адрес регистрации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес проживания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**Заказчик (Пациент)****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **ГБУЗ МО «Серпуховский родильный дом»**Адрес места нахождения: 142205, Московская область, г. Серпухов, ул. Физкультурная, д. 20Почтовый адрес: тот жетел. (4967) 36-68-60 E-mail: muzsrd@yandex.ru ИНН 5043027422 / КПП 504301001МЭФ Московской области(л/с 22825220710 ГБУЗ МО «СРД»)р/с 40601810945253000001в ГУ Банка России по ЦФОБИК 044525000ОКТМО 46770000ОГРН 1065043009437ОКПО 93680660 **Главный врач****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_С.И. Пойманов****МП** |

Приложение № 1

к договору № \_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Программа индивидуального родовспоможения (контрактных родов)**

**в стационаре акушерского отделения ГБУЗ МО «Серпуховский родильный дом»**

В рамках программы родовспоможения Заказчику (Пациенту) предоставляются следующие услуги:

* Сопровождение пациента врачом-акушером-гинекологом с присутствием на родах;
* Возможность связи с личным врачом по телефону для обсуждения возникших вопросов и состояния здоровья (при выборе индивидуальной бригады).
* Госпитализация беременной по медицинским показаниям при начале родовых схваток, а также при излитии околоплодных вод.
* Возможна предварительная госпитализация по медицинским показаниям до предполагаемой даты родоразрешения.
* Проведение комплекса инструментальных и лабораторно-диагностических мероприятий в соответствии с отраслевыми стандартами объемов обследования и лечения в акушерстве и гинекологии, утвержденными Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.
* Непосредственное ведение неосложненных родов через естественные родовые пути операционной бригадой в составе: акушер-гинеколог и акушерка, анестезиолог, неонатолог.
* Операция кесарево сечение операционной бригадой в составе: акушер-гинеколог, анестезиолог, неонатолог, медицинская сестра операционная.

Программа родовспоможения включает в себя:

* Родоразрешение в индивидуальном родовом зале.
* Акушерское пособие.
* Использование современной наркозно-дыхательной аппаратуры для искусственной вентиляции легких и обезболивания в родовых залах, операционных палатах.
* Обезболивание при родоразрешении с учетом медицинских показаний и согласия роженицы (внутримышечное обезболивание, эпидуральная (спинномозговая) анестезия, эндотрахеальный наркоз).
* По совместному желанию и при отсутствии медицинских противопоказаний возможно присутствие супруга (либо иного лица) на родах при наличии следующих анализов: RW, ВИЧ, HbsAg, HCV, флюорография.
* Использование одноразового инструментария: шприцы, иглы, перчатки, режущие инструменты, внутривенные катетеры и т.п., а также одноразового белья.

 Пребывание родильницы от 3 до 6 койко-дней в одноместной палате со всеми удобствами совместно с новорожденным. В случае необходимости раздельного пребывания матери и ребенка, ребенок помещается в детскую палату, где ему обеспечивается необходимый уход.

 С целью выявления и ранней диагностики патологических состояний матери и новорожденного в рамках данной программы проводится гистологическое исследование плаценты.

 С целью предупреждения осложнений в послеродовом периоде Программой родовспоможения предусмотрено активное использование физиотерапевтических процедур, которые:

- ускоряют заживление возможных швов на промежности, а также шва на передней брюшной стенке после операции кесарева сечения;

- при лечении трещин сосков не дают развиться воспалительному процессу (маститу), а при лактостазе, облегчают отхождение молока.

 Содержание палат для матерей и новорожденных осуществляется согласно нормативным документам (СанПиН), которые предусматривают:

* ежедневное кварцевание палат,
* ежедневную влажную уборку с использованием моющих средств и дезинфицирующих средств,
* ежедневную смену белья (полотенца, пеленки),
* 4-х разовое питание.

 Новорожденный обеспечивается необходимым уходом среднего медицинского персонала и квалифицированным наблюдением со стороны врача-неонатолога, в которое входит гигиенический уход за новорожденным, взвешивание, кормление смесями, имеющими сертификат качества, вакцинация, наблюдение за новорожденным - круглосуточное.

 При возникновении у беременной острой патологии имеется возможность оказания квалифицированной медицинской помощи в клинических отделениях больницы без необходимости перевода в другое лечебное учреждение.

 При отягощенном течении беременности – акушерской и экстрагенитальной патологии – вопрос о дородовой госпитализации решается лечащим врачом индивидуально.

 В случае осложненных родов, вызванных объективными независящими от сторон обстоятельствами, пребывание в стационаре может быть продлено.

 Медицинская помощь, предусмотренная настоящими программами, не предоставляется пациентам со следующими заболеваниями :

* венерические заболевания (сифилис, гонорея и т.п.) в настоящее время в активной форме;
* инфекционная патология, включая ВИЧ-инфекцию; туберкулез; гепатиты В и С в активной форме;
* сердечно-сосудистая патология (стенозы и недостаточность клапанного аппарата сердца, гипертрофия миокарда, ИБС, эндокардит, миокардит, аритмии, гипертоническая болезнь IIБ и IIIБ стадий, артериит, флебит, аневризма сосуда, тромбофлебит, атеросклеротическое поражение сосудов сердца и/или аорты, сосудов нижних конечностей и др.);
* патология дыхательной системы (эмфизема, пневмоторакс, астма, обострение хронического бронхита и др.);
* патология системы пищеварения (язвенная болезнь желудка в стадии обострения, холецистит в стадии обострения, панкреатит в стадии обострения, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона и др.);
* патология мочевыводящей системы (гломерулонефрит, острый пиелонефрит, поликистоз почек, нефротический синдром и др.);
* психические расстройства (эпилепсия, шизофрения, алкогольная или наркотическая зависимость и др.);
* заболевания эндокринной системы (сахарный диабет, гипертиреоз и др.);
* системные заболевания кожи и соединительной ткани (склеродермия, системная красная волчанка, экзема, коллагенозы и т.п.);
* онкологическими заболеваниями (в настоящее время);
* заболеваниями нервной системы (парезы, параличи, невриты, острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе, демиелинизирующие заболевания и пр.);
* тяжелой акушерско-гинекологической патологией (предлежание плаценты, аномалии ее прикрепления, врожденные пороки развития плода, декомпенсированная фетоплацентарная недостаточность, гипотрофия плода 2-3 степени и др.);
* другие заболевания и состояния, требующие в процессе дородовой подготовки, родоразрешения и послеродовом периоде проведения дополнительных лечебно-диагностических мероприятий, не предусмотренных отраслевыми стандартами объемов акушерско-гинекологической помощи.

Приложение № 2

к договору № \_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Перечень оказываемых платных услуг в рамках программы родовспоможения**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Наименование услуги** | **Количество** | **Цена за ед.** **руб.** | **Сумма, руб.** | **Примечание** |
| Консультация врача акушера-гинеколога (по поводу контрактных родов) |  | 1000,00 |  | Обязательная услуга |
| Первичный осмотр новорожденного |  | 2 390,00 |  | Обязательная услуга |
| Повторный осмотр новорожденного (через 2 часа) |  | 1000,00 |  | Обязательная услуга |
| Ежедневный осмотр новорожденного (разовый) |  | 1400,00 |  | Указывается количество койко-дней пребывания новорожденного в отделении |
| Вакцинация БЦЖ М |  | 400,00 |  |  |
| Забор крови для генетического скрининга |  | 350,00 |  |  |
| Аудиологический скрининг |  | 350,00 |  | Обязательная услуга |
| Кардиологический скрининг |  | 1 300,00 |  |  |
| Контроль глюкозы  |  | 200,00 |  |  |
| УЗИ органов новорожденного |  | 1 800,00 |  |  |
| Сестринский уход при подготовке к родам+ осмотр и консультация врачом |  | 830,00 |  | Обязательная услуга |
| РОДЫ самопроизвольные (комфортная услуга)\*\* |  | 10 000,00 |  |  |
| РОДЫ самопроизвольные\*\*\*,\*\*\*\* |  | 16 000,00 |  |  |
| Кесарево сечение |  | 18 200,00 |  |  |
| Ручное отделение и выделение последа |  | 3 750,00 |  |  |
| Зашивание разрыва влагалища и промежности |  | 1 100,00 |  |  |
| Зашивание разрыва шейки матки |  | 1 100,00 |  |  |
| УЗИ гинекологическое (после родов) |  | 600,00 |  | Обязательная услуга |
| Перидуральная аналгезия в родах |  | 8 000,00 |  |  |
| Пребывание в отделении акушерском  |  | 2500,00 |  | Указывается количество койко-дней пребывания женщины в отделении |
| Пребывание в палате повышенной комфортности |  | 1500,00 |  |  |
| Присутствие партнера на родах |  | 5000,00 |  |  |
| Применение дорогостоящих медикаментов и медицинских изделий\* |  | Оплата по факту |  | Указывается наименование и количество дорогостоящих изделий, которые были использованы в процессе оказания услуги. В случае применения дорогостоящих медикаментов - дополнительно указывается серия лекарственного препарата и срок годности. |
| **Итого ориентировочная стоимость** |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ***\*Перечень медикаментов и медицинских изделий, которые в расчет услуг не входят и оплачиваются отдельно:*** |
| \*порактант альфа  |  |  |
| \*иммуноглобулин антирезус |  |  |
| \*система родовспоможения  |  |  |

Итого на сумму: \_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей  ***\_\_\_\_\_\_\_*** копеек.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Заказчик (Пациент) |  | Исполнитель |

*Приложение № 3*

*к договору № \_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА**

**НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

На основании ст. 20, ст.79 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», от 21.11.2011 № 323-ФЗ и в соответствии с требованиями «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г. № 1006, я, дата рождения , в рамках Договора №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, желаю получить платные медицинские услуги в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения МО «Серпуховской родильный дом», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников ГБУЗ МО «СРД» 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 одновременно несколько видов медицинских услуг.

3. Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат, и что при проведении операции и после нее, как в ближайшем, так и в 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, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ГБУЗ МО «Серпуховской родильный дом» не несет ответственности за их возникновение.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей ГБУЗ МО «Серпуховской родильный дом». Несоблюдение указаний (рекомендаций) 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 моего здоровья.

6. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги именно в ГБУЗ МО «Серпуховской родильный дом».

7. Я проинформирован(а), что платные медицинские услуги не гарантируют внеочередного получения услуги.

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

Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Пациент, расшифровка/

Настоящее соглашение подписано Пациентом после проведения разъяснительной беседы и является приложением к Договору об оказании платных медицинских услуг.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / *Приложение № 4*

*к договору №\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_*

**Согласие**

**на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в рамках Договора № от **г.**., в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 года N152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в ГБУЗ МО «Серпуховский родильный дом» (далее - Исполнитель) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактные телефоны, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Исполнителем мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Исполнителя, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Исполнителю право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Исполнитель вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договорам ДМС, на оказание ПМУ).

Исполнитель имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договорам ДМС, на оказание ПМУ) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара) и пять лет (для поликлиники).

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной с момента подписания данного Договора и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Исполнителю по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Исполнителя.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Исполнитель обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

**Телефон: Электронная почта:□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□**

Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Приложение № 5*

*к договору №\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**АКТ оказанных услуг (ФОРМА)**

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Серпуховской родильный дом», в лице главного врача С.И. Пойманова, действующего на сновании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.),именуемая (-ый) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, составили настоящий Акт в том, что:

В рамках Договора № \_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. Исполнитель оказал надлежащим образом, а Заказчик принял без замечаний (или указать замечания) следующие услуги:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Наименование услуги** | **Количество** | **Цена за ед.****руб.** | **Сумма, руб.** | **Примечание** |
| Консультация врача акушера-гинеколога (по поводу контрактных родов) |  | 1000,00 |  | Обязательная услуга |
| Первичный осмотр новорожденного |  | 2 390,00 |  | Обязательная услуга |
| Поторный осмотр новорожденного (через 2 часа) |  | 1000,00 |  | Обязательная услуга |
| Ежедневный осмотр новорожденного (разовый) |  | 1400,00 |  | Указывается количество койко-дней пребывания новорожденного в отделении |
| Вакцинация БЦЖ М |  | 400,00 |  | Отметить "V", если услуга оказывалась |
| Забор крови для генетического скрининга |  | 350,00 |  | Отметить "V", если услуга оказывалась |
| Аудиологический скрининг |  | 350,00 |  | Обязательная услуга |
| Кардиологический скрининг |  | 1 300,00 |  | Отметить "V", если услуга оказывалась |
| Контроль глюкозы  |  | 200,00 |  | Отметить "V", если услуга оказывалась |
| УЗИ органов новорожденного |  | 1 800,00 |  | Отметить "V", если услуга оказывалась |
| Сестринский уход при подготовке к родам+ осмотр и консультация врачом |  | 830,00 |  | Обязательная услуга |
| РОДЫ самопроизвольные (комфортная услуга)\*\* |  | 10 000,00 |  | Отметить "V", если услуга оказывалась |
| РОДЫ самопроизвольные\*\*\*,\*\*\*\* |  | 16 000,00 |  | Отметить "V", если услуга оказывалась |
| Кесарево сечение |  | 18 200,00 |  | Отметить "V", если услуга оказывалась |
| Ручное отделение и выделение последа |  | 3 750,00 |  | Отметить "V", если услуга оказывалась |
| Зашивание разрыва влагалища и промежности |  | 1 100,00 |  | Отметить "V", если услуга оказывалась |
| Зашивание разрыва шейки матки |  | 1 100,00 |  | Отметить "V", если услуга оказывалась |
| УЗИ гинекологическое (после родов) |  | 600,00 |  | Обязательная услуга |
| Перидуральная аналгезия в родах |  | 8 000,00 |  | Отметить "V", если услуга оказывалась |
| Пребывание в отделении акушерском  |  | 2500,00 |  | Указывается количество койко-дней пребывания женщины в отделении |
| Пребывание в палате повышенной комфортности |  | 1500,00 |  | Отметить "V", если услуга оказывалась |
| Присутствие партнера на родах |  | 5000,00 |  | Отметить "V", если услуга оказывалась |
| Применение дорогостоящих медикаментов и медицинских изделий\* |  |  |  | Указывается наименование и количество дорогостоящих изделий, которые были использованы в процессе оказания услуги. В случае применения дорогостоящих медикаментов - дополнительно указывается серия лекарственного препарата и срок годности. Расшифровка (см. в табл.) |
| **Итого окончательная стоимость по Договору** |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **\*В стоимость услуг включены использованные дорогостоящие медикаменты и изделия медицинского назначения:** |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Наименование** | **Серия, номер, срок годности** | **№ РУ** | **Кол-во** | **Цена за ед., руб.** | **Сумма, руб.** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 |  |  |

Принять к сведению, что Заказчиком при заключении Договора № \_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. произведена оплата в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_ копеек.

Подлежит оплате (возврату) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_\_ копеек.

После оплаты (возврата) указанной суммы Заказчиком обязательства Сторон по Договору № \_\_\_ от \_\_\_\_\_ года считаются полностью и надлежащим образом исполненными. Стороны претензий к друг другу не имеют.

|  |  |
| --- | --- |
| **ЗАКАЗЧИК****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **ИСПОЛНИТЕЛЬ****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |