

**ДОГОВОР №**  
**об оказании платных медицинских услуг гражданам**

г. Обоянь

« » \_\_\_\_\_ 2022г.

ОБУЗ «Обоянская ЦРБ», ОГРН 1024600731693, действующее на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-46-01-001955 от 16.04.2018 г., выданной Комитетом здравоохранения Курской области, в лице главного врача Капустина Алексея Владимировича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны и

паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

выданный \_\_\_\_\_

«» г \_\_\_\_\_, именуемый (ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, далее совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор (далее - «Договор») о нижеследующем:

### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Настоящий Договор определяет порядок и условия предоставления Исполнителем платных медицинских услуг Пациенту. Исполнитель, на основании обращения Пациента, обязуется предоставить ему в течение срока действия Договора медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а Пациент принимает на себя обязательство оплачивать оказанные услуги в порядке и на условиях, предусмотренных Договором.

1.2. При заключении настоящего Договора Пациент поручает, а Исполнитель обязуется предоставить услуги, перечисленные в разделе 5.

1.3. Медицинская услуга предоставляется в день заключения Договора, если не оговорено иное. Сроки предоставления медицинских услуг устанавливаются индивидуально (при курсовом назначении медицинской услуги, лабораторной диагностике).

1.4. В случае обращения Пациента за получением дополнительных медицинских услуг заключается Дополнительное соглашение к Договору.

### 2. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1. Стоимость медицинских услуг, оказываемых по Договору или Дополнительному соглашению к Договору, определяется Прейскурантом, утвержденным в соответствии с законодательством РФ, и перечнем медицинских услуг.

2.2. Пациент обязан оплатить медицинские услуги в соответствии с перечнем, указанным в Договоре или Дополнительном соглашении к Договору, в 100 % размере до начала их оказания путем внесения наличных денежных средств в кассу или безналичным платежом.

2.3. В случае оказания дополнительных медицинских услуг, необходимость оказания которых возникла в процессе оказания медицинской услуги и цена и перечень которых согласованы с Пациентом, Пациенту может быть предоставлено право осуществить доплату за оказанные дополнительные медицинские услуги после их оказания.

2.4. При неоказании (полном или частичном) медицинских услуг Пациенту, Исполнитель в 15-дневный срок возвращает Пациенту ранее оплаченную сумму, либо разницу между оплаченной суммой и стоимостью оказанных медицинских услуг соответственно.

### 3. ПРАВА, ОБЯЗАННОСТИ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязан:

- оказать Пациенту квалифицированную, качественную медицинскую помощь в установленный срок;
- предоставить Пациенту бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемой услуге, результатах исследования и лечения;
- при наличии обстоятельств, которые могут повлиять на качество и результаты предоставляемой услуги Исполнитель обязуется своевременно информировать об этом Пациента.

3.2. Исполнитель имеет право в случае возникновения необходимости оказания медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний самостоятельно определять объем оказания медицинской помощи, в т.ч. не предусмотренной настоящим Договором. Такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»;

3.3. Пациент обязан:

- информировать медицинского работника Исполнителя об известных особенностях его здоровья, реакция: на лекарственные препараты, принимаемых лекарственных препаратах, процедурах, манипуляциях, лечении у других специалистов;
- оплатить платные медицинские услуги в порядке и сроки, установленные настоящим Договором, в том

числе дополнительно полученные медицинские услуги;

-соблюдать правила внутреннего распорядка, относящиеся ко всем Пациентам Исполнителя.

3.4. Пациент имеет право:

- на получение медицинской информации о медицинской услуге и ознакомление с документами, подтверждающими специальную правоспособность учреждения и медицинского персонала Исполнителя;

3.5. Стороны несут ответственность за невыполнение условий Договора в соответствии с законодательством РФ.

3.6. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее оказание платной медицинской услуги, если это произошло вследствие непреодолимой силы, по иным обстоятельствам, предусмотренным законодательством РФ, а так же при невыполнении Пациентом назначений медицинского работника Исполнителя, нарушением режимных ограничений, нарушением приема лекарственных средств, медицинских манипуляций, процедур назначенных медицинским работником Исполнителя, самолечением Пациента либо лечением одновременно у других специалистов, без информирования об этом медицинского работника Исполнителя. Пациент уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

#### 4. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

4.1. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до момента его расторжения по соглашению Сторон, по инициативе одной из Сторон, о чем Стороны должны известить друг друга в письменной форме, либо иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ, любые изменения и дополнения к Договору действительны, только если они составлены в письменной форме и подписаны уполномоченными представителями обеих Сторон.

4.2. Споры и разногласия решаются путем переговоров или в судебном порядке.

4.3. Договор составлен в 2-х экземплярах, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

4.4. Стороны признают факсимильную подпись Исполнителя и печать Исполнителя действительной.

#### 5. ПЕРЕЧЕНЬ ОКАЗАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Наименование	Цена (руб.)	Наименование	Цена (руб.)	Наименование	Ц (р)
Проф. прием врача – терапевта		Взятие крови из периферической вены		Исследование уровня глюкозы в крови	
Проф. прием врача-хирурга		Определение психотропных веществ в моче		Исследование уровня холестерина в крови	
Проф. прием врача-инфекц		Внутримышечное введение лекарственных препаратов		Микроскопическое исследование осадка мочи	
Проф. прием врача-дерматовенеролога		Внутривенное введение лекарственных препаратов		Исследование уровня глюкозы в моче	
Проф. прием врача-стоматолога		Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных		Обнаружение кетоновых тел в моче	
Проф. прием врача-акушера-гинеколога		Регистрация электрокардиограммы		Определение объема мочи	
Проф. прием врача-оториноларинголога		Ультразвуковое исследование молочных желез		Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	
Проф. прием врача-психиатра		Флюорография легких		Исследование скорости оседания эритроцитов	
Проф. прием врача-психиатра-нарколога		Рентгенография легких		Определение основных групп крови по системе ABO	
Проф. прием врача-невролога		Определение антител к сальмонеле тифи в крови		Определение антигена D системы Резус( резус-фактор)	
Проф. прием врача-офтальмолога		Микробиологическое ( культуральное) исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы		Микроскопическое исследование кала на яйца и личинки гельминтов	
Периметрия статическая		Микробиологическое ( культуральное) исследование исследования фекалий /ректального мазка на возбудителя дизентерии.		Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на гонококк	
Визометрия		Исследование уровня эритроцитов в крови		Общий (клинический) анализ крови	

Офтальмоскопия		Исследование уровня лейкоцитов в крови		Анализ мочи общий
Исследование цветоощущения		Исследование уровня тромбоцитов в крови		Микроскопическое исследование отпечатков с поверхности перианальных складок на яйца гельминтов
Речевая аудиометрия		Дифференцированный подсчет лейкоцитов (лейкоцитарная формула)		Определение антител в бледной трипоне в крови
Получение влагалищного мазка		Исследование уровня ретикулоцитов в крови		Медицинский осмотр пред-рейсовый (после рейсовый)
Получение цервикального мазка		Исследование уровня общего гемоглобина в крови		Ультразвуковое исследование предстательной железы
Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога		Прицельная внутриротовая контактная рентгенография		Ультразвуковое исследование желчного пузыря
Офтальмометрия		Ультразвуковое исследование печени		Ларингоскопия
Тональная аудиометрия		Ультразвуковое исследование почек		Пульсоксиметрия
Электроэнцефалография		Ультразвуковое исследование поджелудочной железы		Рефрактометрия
Электроэнцефалография с нагрузочными пробами (фотостимуляция)		Ультразвуковое исследование щитовидной и паращитовидных желез		Биомикроскопия глаза
Электроэнцефалография с нагрузочными пробами (с гипервентиляцией в течение трех минут)		Ультразвуковое исследование мочевого пузыря		Определение активности гаммаглутамилтрансферазы в крови
Определение активности аспаратаминотрансферазы в крови		Определение активности аланинаминотрансферазы в крови		
				<b>ИТОГО:</b>
				=

Исполнитель:	Пациент:
<p><b>Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Обоянская центральная районная больница» комитета здравоохранения Курской области</b></p> <p>306230, Курская обл., г.Обоянь, ул. Федоровского, д.34. Лицензия № ЛО-46-01-00195 от 16.04.2018г., выданная Комитетом здравоохранения Курской области (г. Курск, ул. Красная площадь, д.6) Получатель: комитет финансов Курской области (ОБУЗ «Обоянская ЦРБ» л/с 20446Х73700) ИНН 4616002877 КПП 461601001 ОГРН 1024600731693 ОТДЕЛЕНИЕ КУРСК БАНКА РОССИИ/УФК по Курской области г. Курск БИК 013807906 Единый казначейский счет № 40102810545370000038 Казначейский счет для осуществления и отражения операций с денежными средствами бюджетных и автономных учреждений № 03224643380000004400</p> <p>Главный врач _____ А.В. Капустин (подпись, мп)</p>	<p style="text-align: center;">ФИО</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Адрес места жительства:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Телефон:</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(подпись)</p>