

ДОГОВОР ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Ф.И.О. _____,
ИИН _____, данные документов, удостоверяющих
личность _____ пациента _____)
именуемый в дальнейшем "**Пациент**", с одной стороны и ТОО "**ZhanMed/ЖанМед**",
БИН 130840000738, именуемый в дальнейшем "**Поставщик**", в лице директора
Касымжанова Саята Какимсейтовича, действующего на основании Устава, Лицензии №
16007766 от 12.05.2016 года, с другой стороны заключили настоящий Договор (далее-
Договор) о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. Предметом Договора является оказание платных медицинских услуг **Пациенту**, согласно Прейскуранта, действующего на момент заключения настоящего Договора.

2. Условия оплаты и расчеты по Договору

2.1. **Пациент** осуществляет оплату услуг Поставщика по фактически оказанному объему медицинской помощи, согласно Прейскуранту, действующему на момент заключения настоящего Договора.

2.2. Повторное посещение и контроль лечения производится по назначению врача, предварительной записи и оплачивается дополнительно в соответствии с действующим Прейскурантом.

2.3. Дополнительные диагностические исследования проводятся по направлению лечащего врача, в зависимости от диагноза и возраста **Пациента**, и оплачиваются дополнительно.

2.4. Оплата по настоящему Договору осуществляется либо наличным платежом в кассу Поставщика, либо безналичным платежом посредством платежной карты или путем перечисления Пациентом на банковский счет Поставщика, указанный в настоящем Договоре.

2.5. В случае досрочного прекращения услуги **Поставщик** выплачивает **Пациенту** разницу между оплаченной суммой и фактически оказанной услуги, за исключением случаев нарушения условий Договора **Пациентом**.

2.6. Возврат денег от оплаченной услуги производится при наличии кассового чека, удостоверения личности, а также заявления, написанного **Пациентом** и адресованного **Поставщику**.

2.7. В случае возврата денежных средств все медицинские заключения остаются у **Поставщика**.

3. Обязанности сторон

3.1. **Поставщик** обязан:

3.1.1. обеспечить оказание медицинских услуг в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения заболеваний, (при отсутствии клинических протоколов по данным нозологиям – в соответствии с общепринятыми подходами и базой доказательной медицины по медицинским показаниям);

3.1.2. принять все меры для обеспечения максимального уровня удовлетворенности **Пациента** результатами оказания медицинских услуг;

3.1.3. обеспечить предоставление медицинской помощи без взимания платы в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях, хронических заболеваниях в соответствии с [Кодексом](#) Республики Казахстан от 7 июля 2020 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" (далее – Кодекс);

3.1.4. предоставлять **Пациенту** востребованные виды медицинских, диагностических и сервисных услуг, в установленные сроки;

3.1.5. предоставлять **Пациенту** всю необходимую медицинскую и финансовую документацию, необходимую для проведения проверки исполнения настоящего Договора.

3.1.6. в разумные сроки оказать все виды услуг (в случае технической невозможности оказания всех видов услуг в день подписания и оплаты, произвести выполнение недостающих услуг по записи в другой день);

3.1.7. предоставить услуги строго в выделенное фиксированное время. В случае сбоя во времени приема заранее оповестить пациентов и принять меры по восстановлению порядка очередности;

3.2. Пациент обязан:

3.2.1. произвести своевременную оплату **Поставщику** за оказанные медицинские услуги;

3.2.2. обеспечить выполнение требований, необходимых для качественного предоставления платной медицинской услуги, для чего **Пациент** обязуется:

- соблюдать правила внутреннего распорядка **Поставщика**, начиная каждый свой визит в клинику (первичный, повторный) с обращения в регистратуру;
- представить документ, подтверждающий личность с персональными данными для оформления медицинской карты;
- предоставлять все сведения об общем состоянии своего здоровья;
- вести себя корректно в отношении персонала **Поставщика** и других пациентов.
- явиться на прием (обследование) строго в указанное время, без опоздания;
- информировать **Поставщика** об отказе в получении медицинской услуги или части медицинской услуги за один и более дня до наступления даты оказания медицинской услуги по предварительной записи;

4. Права сторон

4.1. **Пациент** имеет право:

4.1.1. выбора лечащего врача из числа врачей, оказывающих платные медицинские услуги;

4.1.2. на осуществление экспертизы качества проведенного лечения и обоснованности врачебных назначений;

4.1.3. установить время оказания услуг согласно графику работы **Поставщика** (запись на прием производится лично, по телефону, либо по предварительному заказу услуги в электронном виде);

4.2. **Поставщик** имеет право:

4.2.1. на досрочное прекращение лечения в случае нарушения Заказчиком больничного режима и невыполнения врачебных предписаний;

4.2.2. В случае невыполнения обязательств в установленные договором сроки сторона обязана в течение 1 дня известить другую сторону о наступлении обстоятельств, а по их прекращении – также о прекращении обстоятельств. При этом срок исполнения обязательств по договору может быть продлен Сторонами соразмерно времени, в течение которого действовали такие обстоятельства и их последствия.

4.2.3. на досрочное прекращение лечения в случае нарушения **Пациентом** правил, установленных настоящим Договором, в случае нарушения **Пациентом** больничного режима и невыполнения врачебных предписаний.

4.2.4. отказать в предоставлении услуг в случае некорректного поведения **Пациента**, затрудняющего работу персонала **Поставщика**, и оказывающего влияние на качество оказания услуг другим пациентам;

4.2.3. в случае получения **Пациентом** выбранных услуг в полном объеме не осуществлять возврат денежных средств.

5. Ответственность сторон

5.1. **Поставщик** несет ответственность за допущенные случаи нарушения по оказанию платных медицинских услуг:

5.1.1. оказание медицинских услуг ненадлежащего объема и качества;

5.2. **Пациент** несет ответственность:

5.2.1. за несвоевременное возмещение затрат **Поставщику** за фактически оказанный объем медицинской помощи.

5.3. За последствия невыполнения **Пациентом** указаний и назначений врача, а также за возможные осложнения, перечисленные в приложении, являющейся неотъемлемой частью настоящего Договора, наступление которых **Поставщик** не имел возможности предугадать, и предотвратить, **Поставщик** ответственности не несет.

5.4. В случае невыполнения или ненадлежащего выполнения Сторонами своих обязательств в рамках настоящего Договора все споры и разногласия разрешаются в соответствии с действующим гражданским законодательством Республики Казахстан.

6. Форс-мажор

6.1. Стороны не несут ответственность за неисполнение условий Договора, если оно явилось результатом форс-мажорных обстоятельств.

6.2. Поставщик не несет ответственность за расторжение Договора в силу неисполнения его условий, если задержка с исполнением Договора является результатом форс-мажорных обстоятельств.

7. Заключительные положения

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания обеими сторонами и действует до момента исполнения всех обязательств сторон по настоящему Договору.

7.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон. в состав настоящего договора входит дополнение, являющееся неотъемлемой его частью. Настоящий Договор и дополнение к нему подписываются **Пациентом** в присутствии представителя **Поставщика**.

8. Приложение к Договору № ____ от _____

Информированное добровольное согласие пациента с общим планом обследования и лечения в ТОО "ZhanMed/ЖанМед"

На основании Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18.09.2009 № 193-IV статьи 91, раздела 5, п.16 даю информированное добровольное согласие на проведение в ТОО "ZhanMed/ЖанМед" в соответствии с назначением врача следующих видов вмешательств: _____

2. Мне разъяснены состояние моего здоровья и характер необходимых диагностических и лечебных мероприятий.

3. Настоящим я доверяю врачам и медицинскому персоналу выполнить следующие диагностические, лечебные методы исследования, манипуляции и процедуры:

А) Взятие крови на проведение лабораторных исследований, в т. ч. клинических, биохимических, ИФА, ПЦР, на наличие вирусных гепатитов и инфекций, передающихся половым путем, на наличие ВИЧ инфекции, паразитологические исследования, тесты на выявление хеликобактер пилори, дуоденальное зондирование и другие.

Б) Взятие мазков (зева, перианальных складок, влагалища, уретры и прочие) для проведения лабораторных исследований

В) Функциональные методы обследования (электрокардиография, дуоденальное зондирование и др.).

Г) Эндоскопические методы исследования (видеоэзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия, ректороманоскопия, взятие биопсии и другие).

Д) Ультразвуковые исследования;

Е) Парентеральное введение лекарственных веществ и вакцин (внутривенно струйно и внутривенно капельно, внутримышечно, подкожно, внутрикожно).

4. Я информирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что мне делать во время их проведения. В таком случае я согласен(на) на применение врачами всевозможных методов лечения, направленных на устранение вышеуказанных осложнений.

5. Обязуюсь сообщить перед обследованием все сведения о наличии у меня непереносимости или аллергической реакции на какие-либо препараты и продукты питания, о ранее проведенных мне процедурах или вмешательствах, травмах, о наследственности, беременности, о злоупотреблении алкоголем, наркотическими средствами, а также о наличии у меня установленных заболеваний или индивидуальных реакций и особенностей, которые могут повлиять на процесс обследования или лечения, а также сведения о принимаемых мною медикаментах. Я признаю свою ответственность в случае умышленного сокрытия данной информации от медицинского учреждения и врачей.

6. Я информирован(а):

о предстоящем вмешательстве;

о показаниях к нему;

связанном с вмешательством риске;

7. Кроме того мне разъяснено, что плохая переносимость процедуры, недостаточно качественная подготовка к исследованию по причине не соблюдения мной предписаний врача или особенности о методе обезболивания моего организма могут стать объективной причиной отказа врача от проведения диагностического или лечебного вмешательства.

8. Я признаю право врача прервать исследование в случае, если в ходе исследования будет выявлена невозможность продолжения исследования по физиологическим, анатомическим, техническим причинам, а также факторы, которые могут повлечь за собой осложнения или другие негативные последствия для пациента; выявления объективных, не зависящих от воли врача или пациента обстоятельств.

9. Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства в любое время до начала его выполнения, при этом я не лишусь квалифицированной медицинской помощи. В то же время, мне разъяснены все возможные последствия этого шага.

В случае отказа от медицинского вмешательства оформляется соответствующий документ. Кроме того, мне даны разъяснения о том, что лекарственные препараты, которые будут применяться во время обследования, могут в индивидуальных случаях оказывать побочные эффекты.

10. Во всех случаях я не буду иметь никаких претензий.

11. Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, я имел возможность задать вопросы, и получил(а) на них ответы. Полученные объяснения меня удовлетворяют. Мною понят смысл и понятно назначение данного документа. Я, подписывая данный документ, даю согласие провести мне диагностическое/лечебное вмешательство.

12. Я даю свое согласие на сбор, обработку, хранение ТОО «ZhanMed(ЖанМед)» моих персональных данных (ФИО, данные удостоверения личности, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, данные о состоянии здоровья, заболеваниях)

13. Данное информированное добровольное согласие действительно с момента заключения на весь период получения медицинской помощи в условиях ТОО «ZhanMed(ЖанМед)».

В соответствие с моей волей выражаю свое согласие на проведение диагностических обследований и лечение.

9. Адреса, реквизиты и подписи сторон

Поставщик	Пациент
<p>ТОО «ZhanMed (ЖанМед)» Юридический адрес: г. Алматы, ул.Шолом Алейхем, 19 БИН 130840000738 ИИК № KZ3294806KZT22032380 (KZT) в Филиале N 6 АО Евразийский Банк, БИК EURIKZKA Телефон + 7 701 74 101 74</p> <p>Директор Касымжанов С.К.: Подпись _____</p>	<p>Ф.И.О. _____ _____</p> <p>ИИН: _____</p> <p>удостоверение личности № _____ выдан _____ РК _____ года</p> <p>№ телефона _____</p> <p>_____</p> <p>Пациент:</p> <p>Подпись _____</p>