

**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_**  
**на оказание платных медицинских услуг**

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Хакасия «Республиканский центр профилактики и борьбы со СПИД» (ГБУЗ РХ «РЦПБ СПИД»)**, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_, действующего (-ей) на основании доверенности № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ , с одной стороны, и

Я \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)  
именуемый (-ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор (далее – договор) о нижеследующем:

### **1. Предмет договора**

- 1.1. В соответствии с договором Исполнитель обязуется оказать медицинские услуги, а Пациент обязуется оплатить эти услуги. Вилы медицинских услуг, определены Сторонами в Перечне медицинских услуг (приложение № 1 к договору).
- 1.2. Медицинские услуги оказываются Пациенту в сроки и на условиях, предусмотренных заявлением об оказании платных медицинских услуг (приложение № 2 к договору).
- 1.3. Исполнитель осуществляет медицинскую деятельность на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л041-01182-19/00304229 от 20.02.2016 г., срок действия: бессрочно, выданной Министерством здравоохранения Республики Хакасия.
- 1.4. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя, указан в лицензии, которая является частью договора (приложение № 3 к договору) и находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на официальном сайте Исполнителя.

### **2. Стоимость услуг и порядок расчетов**

- 2.1. Стоимость медицинских услуг установлена в Перечне медицинских услуг (приложение № 1 к договору).
- 2.2. Оплата стоимости услуг осуществляется Пациентом на условиях 100%-ной предварительной оплаты в день заключения договора путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или с использованием платежных банковских карт по выбору Пациента.
- 2.3. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг, не предусмотренных договором, они выполняются с письменного согласия Пациента с оплатой по утвержденному прейскуранту с оформлением дополнительного соглашения к договору.

### **3. Права и обязанности Сторон**

- 3.1. Исполнитель обязан:
  - предоставить Пациенту достоверную, доступную информацию о предоставляемых медицинских услугах;
  - оказать Пациенту квалифицированную, качественную медицинскую помощь в установленные договором сроки.
- 3.2. Пациент обязан:
  - информировать Исполнителя до оказания медицинских услуг о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;
  - своевременно оплатить стоимость медицинских услуг;
  - точно выполнять рекомендации и назначения Исполнителя.
- 3.3. Пациент имеет право:
  - на предоставление ему достоверной, доступной информации о медицинских услугах;
  - на возмещение вреда в случае ненадлежащего оказания услуги;
  - отказаться от получения медицинской услуги и получить обратно оплаченную сумму при условии возмещения Исполнителю фактически понесенных расходов, связанных с исполнением обязательств по настоящему договору.

### **4. Ответственность сторон**

- 4.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

4.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.3. Ответственность Исполнителя в случае неисполнения либо ненадлежащего исполнения своих обязанностей наступает только при наличии вины Исполнителя.

4.4. Споры и разногласия решаются путем переговоров, независимой экспертизы и в судебном порядке.

### **5. Порядок изменения и расторжения договора**

5.1. Договор может быть расторгнут, изменен и (или) дополнен по соглашению Сторон, а также в иных случаях, предусмотренных гражданским законодательством Российской Федерации

5.2. Все изменения и дополнения к договору, будут действительны только при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями Сторон (либо ими лично).

### **6. Прочие условия**

6.1. Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует до момента полного исполнения Сторонами своих обязательств.

6.2. Выдача Пациенту (законному представителю пациента) медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов) без взимания дополнительной платы после исполнения договора осуществляется Исполнителем в порядке и на условиях, установленных Приказом Минздрава России от 14.09.2020 N 972н.

6.3. Пациент уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

6.4. Договор составлен в 2-х экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Пациента.

### **7. Подписи сторон**

**От пациента:**

**От исполнителя:**

**ГБУЗ РХ «РЦПБ СПИД»**

655008, Республика Хакасия, городской округ  
город Абакан, город Абакан, улица Заводская,  
дом 3, строение 1

ИНН/КПП 1901020942/190101001

ОГРН 1021900527329

Телефон/факс + 7 (3902) 28-50-23,

E – mail: [aids@r-19.ru](mailto:aids@r-19.ru), сайт: [aids19.ru](http://aids19.ru)

\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_  
(подпись)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
**об оказании платных медицинских услуг**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество – полностью)  
\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, телефон \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 18 лет, или недееспособных граждан

Я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество – полностью)  
проживающий (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица признанного недееспособным:  
\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

в рамках договора об оказании платных медицинских услуг желаю получить платные медицинские услуги в ГБУЗ РХ «РЦПБ СПИД», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1) Я ознакомлен с правилами оказания видов медицинской помощи в ГБУЗ РХ «РЦПБ СПИД», обеспечивающих реализацию Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Республике Хакасия, а также о возможности и порядке получения медицинских услуг на бесплатной основе в ГБУЗ РХ «РЦПБ СПИД» и отказываюсь от предложенной мне (представляемому) альтернативной возможности получения этого вида медицинских услуг за счет государственных средств;

2) Я получил полную информацию о перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан, о порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, а также информацию о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

3) Я получил информацию о медицинском работнике, отвечающем за предоставление мне платной медицинской услуги, о его профессиональном образовании и квалификации;

4) Я ознакомлен с процедурами и методами обследования и лечения, которым я подвергнусь, с правилами подготовки к сдаче анализов, техникой их проведения, осложнениями, которые могут возникнуть в процессе их проведения, а также мероприятиями по их профилактике и предотвращению. Даю свое добровольное согласие на все медицинские манипуляции, необходимые для моего обследования и амбулаторного лечения;

5) Я уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой мне платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья;

6) Мною добровольно, без какого-либо принуждения выбраны медицинские услуги, поименованные в Перечне медицинских услуг, которые я хочу получить в ГБУЗ РХ «РЦПБ СПИД»;

7) Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость медицинских услуг в размере \_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_ коп.

8) Срок оказания медицинских услуг составляет \_\_\_\_\_.

Я ознакомлен и согласен со всеми пункта настоящего документа, положения которого мне разъяснены и понятны, и добровольно даю согласие на консультацию, обследование за счет собственных средств, в чем собственноручно расписался.

«\_\_» \_\_\_\_\_ г.

Подпись пациента \_\_\_\_\_

**Настоящее заявление подписано пациентом после проведения разъяснительной беседы и является приложением к Договору об оказании платных медицинских услуг.**  
ГБУЗ РХ «РЦПБ СПИД»: \_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество ответственного лица

### **Условия и порядок предоставления медицинских услуг**

1. Забор крови на 2-м этаже в 14 кабинете, согласно режима работы, в порядке очередности.  
Забор крови на иммунный статус, биохимический, клинический анализ крови и гормоны с 8:00 – 10:00.
2. Забор мазков для исследования методом ПЦР со слизистых на втором этаже в 11-м кабинете, согласно режима работы, в порядке очередности.
4. Платный прием врачей согласно индивидуальному расписанию, по предварительной записи, либо в порядке очередности через регистратора.
5. Касса работает с 8:00 – 16:00. В пятницу до 15:30 Выдача анализов с 13:00 – 16:00, в пятницу до 15:30

### **Общие правила подготовки к забору крови из вены.**

- Исследования проводятся утром натощак (вечером предшествующего дня рекомендуется необильный ужин с исключением жирной пищи и алкоголя).
- Не рекомендуется сдавать кровь после физической нагрузки.
- Не рекомендуется применение медикаментов, особенно при внутримышечном или внутривенном введении их.
- Не следует сдавать кровь после воздействия рентгеновских лучей («рентген»), физиотерапевтических процедур.
- С учетом суточных ритмов изменения показателей крови образцы для повторных исследований целесообразно брать в одно и то же время.
- Рекомендуется накануне сдачи крови выпить стакан воды. В случае сдачи крови после обеда, кровь сдается не ранее чем через 4 часа после приема пищи.
- Рекомендуется сдавать анализ крови на иммунный статус во время вирусной инфекции только после консультации врача.
- На показание этих результатов оказывает достаточно сильное влияние плохое питание, переутомление, травмы, стрессовые ситуации.
- Эти тесты лучше делать постоянно в одном месте, так как результаты во многом зависят от конкретной тест - системы.

### **Биохимические анализы крови и анализ крови на гормоны.**

- Обязательным требованием является режим отказа от пищи в день сдачи крови для анализа (вечером предшествующего дня рекомендуется необильный ужин с исключением жирной пищи и алкоголя).
- Противопоказана интенсивная физическая работа, следует избегать стрессовых ситуаций (не голодать, не мерзнуть и не перегреваться, быть спокойным).
- За 1 час до исследования исключить курение.
- Кровь на гормоны и биохимические исследования сдается только в утренние часы, так как эти показатели в течение дня меняются, взятый после 12.00 анализ может не дать истинной картины заболевания и приведет к неправильной постановке диагноза со всеми вытекающими отсюда последствиями.
- Лекарственные средства и пищевые добавки влияют на биохимические показатели и гормональный фон, рекомендуется отказаться от приема лекарственных веществ перед сдачей крови. Если же отмена лекарства невозможна, необходимо информировать лечащего врача о том, какие вещества применялись; это позволит ввести условную поправку к результатам лабораторного исследования.
- Кровь для исследования женских половых гормонов сдают по дням менструального цикла (по рекомендации гинеколога или гинеколога – эндокринолога).
- При обследовании гормонов беременности обязательно уточнить срок беременности или дату последней менструации.

### **Общие правила подготовки к забору мазков для ПЦР диагностики.**

- Нельзя сдавать данные исследования в период приема любых антибиотиков и наркотических препаратов (перерыв должен составлять не менее 14 дней).
- Забор материала рекомендуется проводить в период клинических проявлений или после алиментарной провокации (при вялотекущих формах заболеваний, особенно гонореи и хламидиоза, перед исследованием желательно провести провокацию употреблением острой и соленой пищи и пива), а также у женщин в середине или в 1 – ый день оварийного цикла.

### **Забор мазков на урогенетальные инфекции**

- За 1-2 дня до исследования воздержаться от половых контактов.
- Женщинам необходимо прекратить использование тампонов любых влагалищных таблеток, шариков, свечей – как лечебных, так и противозачаточных (вагинальных) в течение 7 дней.
- Данные исследования не сдаются в период месячных.
- С утра до взятия мазка не следует подмываться и спринцеваться.
- Нельзя брать мазки на ПЦР после проведения кольпоскопических исследований.
- Перед взятием материала из уретры рекомендуется воздержаться от мочеиспускания в течение 1,5-2 часов.

### **Забор мазков со слизистых зева и носоглотки**

- Забор материала из зева и носоглотки производится натощак (через 3-4 часа после приема пищи).

### **Забор слюны**

- За 12 часов до взятия (сбора) слюны исключается прием пищи, алкоголя и лекарственных препаратов.
- Непосредственно перед сбором слюны необходимо исключить использование зубной пасты и удалить зубные протезы.
- Перед тем как собрать слюну, необходимо почистить зубы без зубной пасты, затем хорошо прополоскать рот без использования раздражающих веществ.