**ДОГОВОР № \_\_\_**

**на оказание медицинских услуг**

**Город Алматы ${DATE} г.**

Я, ${CUSTOMER\_FULLNAME}, именуемая в дальнейшем **«Заказчик»,** с одной стороны и **ТОО «Медицинский центр Релайф», свидетельство о государственной регистрации № 76161-1910-ТОО выдано Департаментом юстиции города Алматы от 07.03.2006г., действующее на основании Устава, лицензии № 0105833 серия АА-4 выданная 24.05.2010г выдана управлением экономики и бюджетного планирования г. Алматы,** именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице директора Шепетовой Риты Шакиратовны с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеcледующем.

1. **Предмет договора**

**1.1.** Заказчик поручает, а Исполнитель принимает на себя обязательство в сроки и за оплату, оговоренные в настоящем договоре, оказывать медицинские услуги, согласно Приложения № 1 к настоящему договору.

1. **Материальное обеспечение услуг.**

**2.1.** Исполнитель самостоятельно определяет способы, методы и объем медицинских услуг, а также виды медикаментов, порядок и сроки забора анализов в каждом конкретном случае, руководствуясь особенностями организма ,клиническим течением беременности и клиническими протоколами утвержденными МЗ РК.

**2.2.** Заказчик обязан своевременно и в полном объеме оплатить стоимость оказываемых Исполнителем медицинских услуг предусмотренным в настоящем договоре.

**2.3.** Обеспечение медикаментами Заказчика в обязательства Исполнителя не входит. Заказчик приобретает самостоятельно медикаменты в соответствии с показаниями лечащего врача.

**2.4.** Роды также не входят в перечень услуг, оказываемых Исполнителем Заказчику.

1. **Порядок расчетов по договору.**

**3.1.** Стоимость оказываемых платных медицинских услуг по настоящему договору составляет

***132 000* тенге (*сто тридцать две тысячи*) тенге.**

**3.2.** Исполнитель выдает Заказчику документ, подтверждающий прием наличных денег в кассу Исполнителя.

**3.3. В случае задержки оплаты более 3 недель, исполнитель вправе расторгнуть договор в одностороннем порядке.**

1. **Обязанности сторон.**

**4.1.** Исполнитель обязан:

**4.1.1.** Обеспечить оказание медицинских услуг в соответствии с клиническими протоколами ведения беременности и родов, рекомендованных Министерством здравоохранения Республики Казахстан, при отсутствии протоколов - в соответствии с общепринятыми подходами.

**4.1.2.** Исполнитель оказывает медицинские услуги в объеме и периодичностью согласно Приложения № 1, являющегося неотъемлемой частью настоящего договора, со дня взятия заказчика на учет по беременности в клинике «ТОО Медицинский центр Релайф»» на весь период наблюдения до родов, а также включая амбулаторное наблюдение заказчика в течении недели после выписки из стационара и через 40 дней после родов(стационарное оказание помощи пациентки во время беременности, принятие и ведение родов в данный перечень оказываемых Исполнителем Заказчику услуг не входят).

**4.2.** Заказчик обязан:

**4.2.1.** Неукоснительно выполнять все предписания лечащего врача, назначения по диагностике, профилактике и лечению, а также строго являться в назначенные для осмотра дни явок и дни сдачи анализов.

**4.2.2.** Заказчик обязан, при взятии ее Исполнителем на учет по беременности в клинике ТОО «Медицинский центр Релайф», поставить в известность Исполнителя о наличии у нее каких- либо патологий, врожденных заболеваний и/или каких-то любых других отклонений в здоровье и организме, могущих повлиять, в том числе негативно, на нормальное течение беременности и родов. А также достоверно предоставить информацию Исполнителю о всех заболеваниях, в том числе хронических, которыми она болеет и/или уже переболела, до взятии ее на учет по беременности в клинике «ТОО Медицинский центр Релайф»».

**4.2.3.** Немедленно извещать Исполнителя обо всех осложнениях, тревожных признаках беременности, других изменениях в состоянии здоровья.

**4.2.4.** В случае осложнений беременности и/или ее неблагоприятного завершения, при полном соблюдении необходимого протокола ведения беременности сотрудниками клиники «ТОО Медицинский центр Релайф», Исполинтель отвественнности перед Заказчиком не несет.

**4.2.5.** В случаях необходимой экстренной медицинской помощи обращаться в скорую неотложную медицинскую помощь по месту проживания.

1. **Права сторон.**

**5.1**. Заказчик имеет право:

**5.1.1**.На выбор лечащего врача.

**5.1.2.** На расторжение настоящего договора с письменным указанием причины расторжения. В случае расторжения Договора в сроке до 35 недель беременности, Исполнителем производится возврат денежных средств за вычетом расходов, понесенных Исполнителем за период наблюдения заказчика в клинике ТОО «Медицинский центр Релайф» и удержание 10% от потраченной суммы. В случае расторжения настоящего договора в сроке после 35 недель беременности перерасчет стоимости оказанных медицинских услуг не производится, денежные средства, оплаченные Заказчиком в кассу Исполнителя не возвращаются.

**5.2.** Исполнитель имеет право:

**5.2.1** Изменять тарифы медицинских услуг в связи с инфляцией и увеличением затрат на себестоимость услуг, чем следует уведомить Заказчика не позднее чем через 5 (пять) календарных дней. В случае несогласия Заказчика на повышение тарифов, действие Договора прекращается с момента получения уведомления.

**5.2.2**. На досрочное прекращение лечения без возврата денег, оплаченных за оказание медицинских услуг, в случае нарушения Заказчиком больничного режима и невыполнения врачебных предписаний.

**5.2.3**. Самостоятельно определять характер и объем медицинских услуг, необходимых для ведения каждой конкретной беременной женщины.

1. **Ответственность сторон.**

**6.1**. Все возникающие споры по настоящему договору, разрешаются путем переговоров между сторонами, а в случае не достижения согласия в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

**6.2**. Исполнитель освобождается от ответственности перед Заказчиком, в случае осложнений беременности и/или ее невынашиваемости у беременной женщины, состоящей на учете в клинике ТОО «Медицинский центр Релайф» в случае, если у женщины имеются врожденные и/или хронические заболевания и/или патологии, а также последствия перенесенных ее до беременности и/или во время беременности заболеваний или инфекций, в том числе простудных и/или венерических.

**6.3.** Стороны освобождаются от ответственности за невыполнение и/или ненадлежащее исполнение, взятых на себя по настоящему договору обязательств, если их исполнение стало невозможным вследствие действия непреодолимой силы (форс-мажор), то есть чрезвычайных и непреодолимых обстоятельств: стихийные бедствия, военные действия, массовые беспорядки и т.п. При прекращении действий непреодолимой силы, стороны принимают все необходимые меры для исполнения своих обязательств по настоящему договору.

1. **Изменение и расторжение Договора**

**7.1.** Условия настоящего договора могут быть изменены и/или дополнены только по письменному соглашению сторон. Все изменения и дополнения к настоящему договору действительны лишь при условии, если совершены в письменной форме.

**7.2.** О намерении досрочного расторжения настоящего договора стороны обязаны уведомить друг друга не позднее, чем за 14 дней.

1. **Конфиденциальность**

**8.1.** Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности информации, полученной при исполнении условий настоящего договора.

1. **Срок действия договора.**

**9.1.** Договор вступает в силу немедленно после подписания его сторонами и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств по настоящему договору.

1. **Заключительные положения.**

**10.1.** Ни одна из сторон не имеет право передавать свои обязательства по настоящему договору третьей стороне без письменного согласия другой стороны.

**10.2.** Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один экземпляр находится у Заказчика, другой - у Исполнителя.

1. **Юридические адреса и подписи сторон.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:**  ТОО «Медицинский центр «Релайф»  Республика Казахстан,  г.Алматы ул.20 линия, 44 а  РНН 600 400 559 739  ИИК 679261802138419004  АО «Казкоммерцбанк» г. Алматы  БИН 060340026659  БИК KZKOKZKX  Тел. 394-22-60, 394-22-78    Директор Шепетова Р.Ш. | **Заказчик:**  ФИО ${CUSTOMER\_FULLNAME}  Дом.адрес ${CUSTOMER\_ADDRESS}  Дом.тел \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Сот.тел \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Приложение № 1 к договору**

При постановке на учет в платную женскую консультацию ТОО «Медицинский центр «Релайф» вы получаете информацию:

1. Об объеме обследования и медицинских услуг, оказываемых вам.
2. О режиме работы медицинского центра.
3. О порядке посещения врача женской консультации и обязательного выполнения назначений.

**ОБЪЕМ ОБСЛЕДОВАНИЯ:**

RW 3х-кратно: при взятии на учет; 26-30 нед, в 35- 37 недель.

ВИЧ 2х-кратно: при взятии на учет; в 35- 37 недель.

## Кровь на группу и резус фактор однократно

Кровь на HBsAg при взятии на учет

Кровь на ИФА на листериоз

*(при обнаружении патологии контрольный анализ платный)*

Биохимический анализ при взятии на учет однократно (Общ. белок, АЛТ, АСТ, Билирубин, Креатинин, Глюкоза)

Гормоны щитовидной железы (ТТГ, АТ к ТПО) однократно при взятии на учет

Скрининг на пороки развития плода (АФП, ХГЧ) однократно 10-13 недель

Общий анализ мочи: 6 раз

Общий анализ крови: ОАК с тромбоцитами и свертываемостью при взятии на учет, в 26-30, 35-37 недель (3 раза)

Микроскопия мазка: 3 раза

Бак. посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам

Коагулограмма 1 раз в 26-30 недель

УЗИ скрининг – 12-14 нед, 20-22 нед, 30-33 недели

Терапевт: при взятии до 20 нед и в 30 нед.

**При необходимости дополнительного обследования по показаниям производится дополнительная оплата.**

**ПОРЯДОК ПОСЕЩЕНИЯ ВРАЧА ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ:**

Беременная женщина, вставшая на учет, должна регулярно посещать врача по графику и неукоснительно выполнять назначения. При необходимости госпитализации в стационар неукоснительно выполнять рекомендации врача.

**С памяткой ознакомлена Ф.И.О., подпись ${CUSTOMER\_FULLNAME}**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дата ${DATE} г.**

**Информированное согласие пациента на обследование и лечение**

**в клинике«Медицинский центр Релайф»**

**Пациент** ${CUSTOMER\_FULLNAME}

(ф.и.о.пациента)

**Дата рождения** (число, месяц, год:) \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года

**\*Ф.И.О.** родителя (законного представителя)

*\*если пациент в сопровождении*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*Отношение к пациенту** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Я даю добровольное согласие на проведение консультативно-диагностических процедур и манипуляций, назначаемых врачом, необходимых для установления диагноза или лечения и понимаю, что весь медицинский персонал имеет соответствующую квалификацию и опыт.
2. Я информирован врачом о состоянии своего здоровье на момент данного приема.
3. Я понимаю, что медицинским персоналом будут приниматься все необходимые меры для моего излечения, но гарантий относительно результатов не может быть предоставлено.
4. Я информирован об альтернативных методах обследования и лечения, рисках (если таковые имеются), а также возможные последствия отказа от предлагаемого обследования и лечения.
5. Я освдеомлен, что дополнительные медицинские услуги сверх гарантированного объема бесплатной медицинской помощи оказываются за счет собственных средств или страховки.
6. Ни при каких обстоятельствах **мне не должны выполняться** следующие диагностические и лечебные манипуляции / процедуры: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Я знаю о праве обратиться к другому врачу и праве отказаться от обследования и лечения.
8. Я знаю, что в моих интересах сообщить врачу обо всех известных мне проблемах со здоровьем, особенно об **аллергиях,** непереносимости лекарств, инфекционного гепатита, туберкулеза, ВИЧ-инфекции, злоупотреблении алкоголем, пристрастии к наркотическим препаратам.
9. Я понимаю, что нарушение врачебных рекомендаций, а также сокрытие информации о состоянии моего здоровья может привес­ти к различному роду осложнениям.
10. Информацию о состоянии моего (ребенка/подопечного) здоровья, проводимом обследовании и лечении, его результатах я **разрешаю сообщать следующим лицам**:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О., телефоны и степень родства лиц, которым разрешается сообщать о ходе диагностики и лечения)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

1. Я осведомлен, что на нижеперечисленные лечебно-диагностические процедуры необходимо заполнение **дополнительных информированных согласий:**
2. стоматологическиеуслуги;
3. проведение аллергологических проб/тестов;
4. проведение специфической иммунотерапии;

|  |  |
| --- | --- |
| Подпись пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Дата ${DATE} г. |
| Ф.И.О., подпись врача: ${STAFF\_FULLNAME} | Время: \_\_\_\_ час.\_\_\_\_ мин. |

**Информированное согласие**

Приложение 8

к правилу и порядку приема беременных АО «РДЦ»

**беременной на обследование на ВИЧ**

Согласно Постановления Правительства Республики Казахстан от 3 ноября 2011 года №1280

«Об утверждении Правил медицинского обследования лиц по клиническим и эпидемиологическим показаниям на наличие ВИЧ-инфекции»

обследованию лиц по эпидемиологическим показаниям на наличие ВИЧ-инфекции подлежат беременные женщины при постановке на учет и в сроке 28 - 30 недель (2 кратное обследование).

Проведено психосоциальное консультирование.

Я, ${CUSTOMER\_FULLNAME}

*(указать Ф.И.О. беременной)*

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(число, месяц, год рождения беременной)*

Настоящим подтверждаю свое согласие обследоваться на ВИЧ на основе полного информирования.

Беседа проведена врачом ${STAFF\_FULLNAME}

Подпись беременной \_\_\_\_\_\_\_\_

Дата заполнения ${DATE} г.

Врач ${STAFF\_FULLNAME} Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(фамилия, инициалы)*