

# 分娩服务协议

甲方		合同编号：		FMTC202304010002	
客户姓名：	凌敏婵		居 住 地：	广州市天河区天河直街69号三楼	
电话或手机：	15702099561		有效证件：	身份证	440982199309181660
乙方			医疗机构执业许可证登记号：		PDY97822944010613A5182
机构名称：	广州爱博恩妇产医院				
客户顾问：	王晓薇				
电话或手机：		地址：	广州天河区龙口东路 6 号爱博恩妇儿医院		
相关人员信息					
产妇姓名：	凌敏婵		与甲方关系：		
紧急联络人姓名：	凌女士		与甲方关系：		
电话或手机：	15702099561		地址：		

本协议有关广州爱博恩妇产院所提供之分娩服务，经甲乙双方同意订立条款后，以资共同遵守。本协议所称爱博恩，是指凡提供第三条所列全部或部分服务项目的提供者而言，并不以其名称为限。

第一条 甲乙双方的权利义务，依本协议条款的约定；其他本协议未约定的内容，依有关法律、法规或诚信原则确定。甲、乙双方的特别约定，其效力优于本协议固定文本条款。

第二条 甲方与乙方签订本协议时，应清楚载明预产日期。签协议时尚无法确定具体预产期者须在日后尽早（24周前）补签。

第三条 乙方提供下列服务：

- 为孕产妇提供入院后的医疗、护理等在院的综合服务；
- 配备医师和护理人员等对产妇、胎儿和新生儿作健康状况的评估和医疗服务；
- 据所购买的分娩套式计划提供相应的产妇及新生儿居住的场所、膳食或其他相关物品；
- 依据所购买的分娩套式计划提供套式计划内包括的分娩所需基本医疗服务、部分选择性医疗服务和其他项目。选择套式计划只享用套式计划内的服务项目，如经乙方医师判断出于医学需要，需要增加套式计划外的额外检查和治疗项目时，经甲方确认后应另行缴交额外的检查费和治疗费；如甲方出于自身的原因不同意做套式计划外的检查和治疗项目，因此产生的风险由甲方自行承担。
- 如果阴道试产失败转为紧急剖宫产，则按相应剖宫产套式计划收费并加收紧急手术费。总住院天数按剖宫产套式计划计算；双胞胎或多胎妊娠的分娩，每增加一例胎儿，在原分娩套式计划原价的基础上，整体加收30%的费用。
- 新生儿因病情需要入住本院新生儿科时，套式计划内已包含的新生儿项目以及次数不再另外收费，其他非套式计划内项目需额外收费；
- 甲方临时有升级套餐要求，乙方可根据房间档期安排决定是否同意升级，甲方须按住院时的价格支付升级服务的差价。
- 本协议所述分娩套式计划项目可能因个体差异存在使用差别，套式计划所含项目不可退款或调换。

第四条 甲方预产期为2023-07-14，乙方根据此预产期为甲方提供分娩服务。

第五条 如甲方选择乙方作为分娩指定医院，甲方须在孕36周前来乙方进行产前检查，以确保分娩安全，否则乙方出于对甲方母婴安全考虑，有权拒绝为甲方提供分娩服务。

第六条 费用支付条约：

- 甲方预定的分娩套式计划类型为安心版自然分娩定制计划，套式计划预定时的首选分娩方式为顺产，分娩套式计划包含4天3晚住宿，套式计划标准原价：¥43000.00元，套式计划实际成交金额为¥36000.00元。鉴于分娩是一个复杂的医学过程，最终分娩的费用按实际分娩方式和实际情况结算。（温馨提示：我们不建议非医学指征的剖宫产。）
- 甲方在套式计划预定同时已交套式计划外收费项目包括：  
套餐包含：无痛，如没有用到，恕不退款，赠送顺产陪产一人，  
合计收费金额为¥0元。
- 以上总费用为¥36000.00元，大写金额：叁万陆仟元整。
- 上述费用为甲、乙双方在预定分娩服务时共同知晓、认可、指定的项目费用，在实际分娩过程中产生的超出上述项目外的不可预见项目费用，以及由甲方套式计划升级、增加项目、提高服务标准等需求所产生的费用或费用差额，需甲方额外支付。

第七条 关于停止服务与退费的问题。

- 在既定预产期之前，甲方若出现流产、死胎、因医学指征需要终止妊娠等其他不可归责于甲方的意外情况，致使甲方无需继续接受乙方的服务并要求解除本合同的，甲方或其紧急联络人必须在意外事故发生后的3天内告知乙方，并在10天内向乙方提供县市级二级以上公立医院的相关证明。经乙方核实后，乙方除全额无息退款外，无需向甲方承担其他任何责任。退款后，本合同即自动解除。
- 除上述事由外，甲方可于实际入院分娩之前解除本协议，约定如下：甲方提出解除协议或未到院履行服务协议，甲方须支付所预定分娩套式计划标准原价金额的20%，作为给甲方预留房间空房的损失补偿，剩余已缴交款项可以无息退款。
- 套餐包含项目如未使用完毕，则不再进行单独退款。

第八条 乙方对孕产妇及婴儿的照顾及安全管理事项，应善尽其义务。乙方未经甲方同意，不得将婴儿交给任何人带走。甲方若为非产妇时，应征得产妇的同意。

- 第九条

协议存续期间,孕产妇或婴儿发生疾病、急、危、重病或其他紧急事故时,乙方应全力协助进行诊治、急救和转诊,相关费用由甲方额外支付。
- 第十条

关于入住房间和时间:

1.甲方分娩时,由乙方为甲方安排入住房间(每日24:00前入院计为一天,之后入院按次日计,乙方出院时间须于当天12:00前办理手续)。如因甲方的分娩时间变化,而乙方该类型房间暂时满员无法提供,乙方有权临时调整其他房型供甲方临时入住(价格按调整后的房型据实结算),对其他服务项目不再具体增加和删减,甲方不得以临时房型调整为追究乙方违约责任。

2.合同存续期间,甲方要求提前出院,套式计划内部分未消费项目不予以退费或更换为其他项目。

3.甲方如因病情需要或自身原因,需要增加住院天数,需额外缴纳相应的费用。
- 第十一条

协议存续中,孕产妇或婴儿因疾病、健康情形不佳或其他不可归责于甲方的事由而必须出院的,甲方可终止协议,乙方按已发生的服务项目协议价格标准进行核算收费,将套餐内未使用项目按协议价格无息退还外,无需向甲方承担其他任何责任。退款后,本合同即自动解除。
- 第十二条

在甲方入住乙方之前,因天灾、战乱、疫情等不可归责于乙方的事由,致使乙方无法履行协议的,甲方可解除协议,乙方应将甲方所缴交的款项无息退还。
- 第十三条

基于医学需要,甲方须将孕产妇本人及配偶的家族遗传病史、既往病史、生育史、过敏情况等与家庭、个体健康相关的信息客观如实告知乙方,否则由此导致的责任由甲方自行承担。
- 第十四条

如甲方未在乙方进行全程的产前检查,甲方有义务将在除乙方外第三方医疗机构产前检查的相应检查结果、检查报告、档案、文书、记录、病历、医嘱等相关反映产前检查情况的资料提供给乙方作为参考依据,不得向乙方隐瞒产前检查的实际情况,否则由此导致的责任由甲方自行承担。
- 第十五条

如甲方未在乙方进行全程的产前检查,或因病情需要,在甲方入住时需进行分娩套式计划外的医学检查和医学处理,甲方需额外支付相应的项目费用。
- 第十六条

其它可能发生的特别约定事项(根据实际发生情况,在本分娩套式计划结束出院前一次性结清)

1、如阁下指定产科特需专家进行剖宫产手术或陪产,以上费用需要加收点名费10000元;指定产科专家剖宫产手术或陪产,以上费用需要加收点名费:首席专家12000元、主任医师10000元、副主任医师8000元、主治医师5000元;

2、如阁下要求自行选择时间段实行剖宫产手术,选择时间段为6:00-8:00和18:00-23:00,以上费用需加收5000元;选择时段为8:00-18:00,以上费用需加收3000元;选择时段为23:00-6:00,以上费用需加收20000元,如为法定节假日另加收7000元;

3、如阁下点名麻醉医师,需要加收点名费:主任麻醉师加收8000元、副主任麻醉师加收6000元,主治麻醉医师,加收3000元;

4、专属助产士产程陪伴和接生,以上费用需要加收8000元;

5、非疤痕子宫单胎顺产不成功,需在顺产套式计划成交价基础上加收顺转剖差价15000元及非疤痕子宫试产失败顺转剖费用3000元;

如为疤痕子宫二次剖宫产,选择阴道分娩,需在顺产套式计划推广价(安心版35000元,舒心版45000元,温馨版90000元)基础上加收二剖试产费10000元;疤痕子宫阴道试产不成功转剖宫产,需再次加收二剖疤痕子宫试产失败顺转剖10000元,不再收二剖的7000元;如为疤痕子宫三次剖宫产,选择阴道分娩,需在顺产套式计划推广价(安心版35000元,舒心版45000元,温馨版90000元)基础上加收三剖试产费20000元,疤痕子宫阴道试产不成功转剖宫产,需再次加收三剖疤痕子宫试产失败顺转剖差价10000元,不再收三剖的12000元。

6、复杂分娩包含钳产术、胎头吸引术、臀位助产、臀位牵引术、高危前置胎盘、危重症、严重盆腔粘连、胎盘植入及子宫肌瘤等情况需额外加收复杂分娩费12000元。

7、以下情况还需要在原有套式计划基础上加收手术费7000元:1)计划剖宫产时间安排在元旦、春节、清明节、五一劳动节、端午节、中秋节、国庆节等法定假日。

8.其他

顺转剖腹产补差价:10000.进入产房试产后转剖腹产补差价:13000(注明:3000急诊费)
- 第十七条

本人已全面理解和同意以上内容,认可文件所列各项服务及收费,以及第十六条特别约定事项及收费,购买所列服务并承诺按照协议缴清相关费用,此文件由本人亲自签署。  
本人已全面理解和同意以上内容(乙方手写本内容并签名)
- 第十八条

甲乙双方因本协议发生争议无法调和时,可依相关规定在乙方所在辖区各主管部门申请调解,或向乙方所在地的人民法院提起诉讼。
- 第十九条

本协议一式二份,甲、乙双方各执一份。
- 第二十条

本套式计划自购买之日起24个月内有效,如超过24个月则按使用套餐当月月度优惠补差价,特殊情况另行签订补充协议。

甲方(签字):

有效证件号码:

地址:

电话:

签订日期:

签订地点:

乙方(盖章):广州爱博恩妇产医院

客户顾问(签字):

地址:

电话:020-36663663

签订日期:

签订地点:广州爱博恩妇产医院