Приложение 2

к Порядку предоставления медицинской помощи в рамках реализации Гуманитарной программы по воссоединению народа Донбасса (п. 5)

**Типовой договор на оказание медицинской помощи № \_\_\_\_\_**

г. Донецк «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г.

«\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_», именуемое в дальнейшем

(наименование учреждения здравоохранения)

«Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего

(ФИО руководителя учреждения здравоохранения)

на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с одной стороны и (гр.)

(устава или положения)

Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем (Пациент), с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1.Предмет Договора**

1.1. Пациент поручает, а Исполнитель обязуется оказывать медицинскую помощь отвечающую требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Донецкой Народной Республики в соответствии с Перечнем, который прилагается к настоящему типовому договору.

**2. Права и обязанности Сторон**

2.1. Пациент имеет право:

2.1.1. На получение квалифицированной медицинской помощи.

2.1.2. На отказ от медицинской помощи.

2.1.3. На предоставление сведений о квалификации специалистов.

2.1.4. Самостоятельно, после согласования с лечащим врачом, приобретать расходные материалы и лекарственные средства, за качество которых исполнитель ответственности не несет.

2.1.5. Получать, в доступной для него форме, имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

2.2. Пациент обязуется:

2.2.1. Предоставлять всю известную ему необходимую информацию медицинским работникам о состоянии своего здоровья, заболеваниях, аллергических реакциях и т.д., сведения, касающиеся его личности, состояния здоровья родственников и т.д., необходимые для оказания медицинской услуги.

2.2.3. Строго соблюдать и выполнять назначения врача.

2.2.4. Немедленно извещать о любых осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе лечения, а также о любых изменениях в состоянии здоровья лечащего (дежурного) врача.

2.2.5. Ознакомиться с правилами внутреннего распорядка учреждения здравоохранения и соблюдать их.

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. Определять длительность лечения, необходимость перевода в отделения другого профиля в соответствии с состоянием здоровья Пациента.

2.3.2. В случае возникновения неотложных состояний, угрожающих жизни Пациента, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи.

2.4. Исполнитель обязан:

2.4.1. Ознакомить Пациента при поступлении в стационар с правилами внутреннего распорядка учреждения здравоохранения.

2.4.2. Предоставить пациенту необходимую информацию о применяемых методиках лечения и обследования, составе и характере используемых лекарственных средств и изделиях медицинского назначения.

2.4.3. Обеспечить соответствие предоставляемых по настоящему Договору услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения на территории Донецкой Народной Республики.

2.4.4. Соблюдать правила медицинской этики и деонтологии, а также соблюдать врачебную тайну.

**3. Ответственность Сторон**

3.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора в соответствии с законодательством Донецкой Народной Республики.

3.2. Исполнитель не несет ответственности в случаях:

3.2.1 Возникновения осложнений по вине Пациента (невыполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших осложнениях в состоянии здоровья и прочее).

3.2.2. Прекращения лечения по инициативе Пациента.

**4. Конфиденциальность**

4.1. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении.

4.2. С согласия Пациента или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим лицам, указанным Пациентом или его законным представителем.

4.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Пациента или его законного представителя допускается в случаях, установленных действующим законодательством.

**5. Сроки исполнения**

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действителен до полного исполнения сторонами своих обязательств.

**6. Дополнительные условия**

6.1. Пациент уведомлен о порядке получения медицинской помощи на территории Донецкой Народной Республики, а также о возможности получения бесплатной медицинской помощи, в рамках Гуманитарной программы по воссоединению народа Донбасса. Пациент согласен получить медицинскую помощь (медицинские услуги) в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на бесплатной основе.

(учреждение здравоохранения)

6.2. Все остальное, что не урегулировано настоящим Договором, регулируется законодательством Донецкой Народной Республики.

**7. Рассмотрение споров**

7.1. При наличии претензии к проведенным обследованиям, консультациям специалистов, лечению и пр. (по мнению Пациента), Пациент обязан в тот же день информировать о данном факте лечащего (дежурного) врача и/или заведующего отделением. Все споры по договору стороны стараются урегулировать путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством Донецкой Народной Республики.

**8.Заключительные положения**

8.1**.** Пациент полностью понимает всю информацию, изложенную в Договоре, имел возможность задать все интересующие вопросы и получил на них исчерпывающие ответы, вопросов по существу изложенного не имеет.

8.2.  Настоящий договор заключен на русском языке в двух аутентичных экземплярах, по одному для каждой из сторон, и вступает в силу с даты подписания.

**9. Реквизиты сторон**

**Исполнитель: Заказчик (Пациент):**

Наименование учреждения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Паспорт серия \_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_

тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ИНН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

КПП\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Банк\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

БИК\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

р\с\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись

МП