ДОГОВОР №

на оказание медицинских услуг

Город Астана

# «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018года

Мы,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, родители \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, именуемые в дальнейшем **«Заказчик»,** с одной стороны и **ТОО «Центр перинатальной профилактики»,** свидетельство о государственной регистрации № 30484–1901-ТОО выдано Департаментом юстиции г. Астана 03.04.2008 года, расположенное по адресу: город Астана, пр. Абая, д. 8, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»,** в лице директора Смагулова Рината Алдажаровича, действующей на основании Устава, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

 **1. Предмет договора**

* 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.

**2. 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 и клиникой каждого конкретного ребенка, а также существующими клиническими протоколами или стандартной медицинской практикой.

2.2. Заказчик обязан своевременно и в полном объеме оплатить стоимость оказываемых Исполнителем медицинских услуг согласно графика, предусмотренного в настоящем договоре в п. 3.2.

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

 **3.Порядок расчетов по договору.**

3.1. Стоимость оказываемых медицинских услуг по настоящему договору составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге. **Наблюдение детей является единой услугой и не подлежит калькуляции.**

В данную сумму включены все консультации педиатра и врачей смежных специальностей работающих в ЦПП, лабораторные методы исследования и использование специальной аппаратуры для планового наблюдения и ведения **здорового ребенка.**

В данную сумму включены также осмотры педиатра ЦПП при диагностике и лечении, в амбулаторных условиях, острого заболевания у ребенка. Частота использования дополнительных методов исследования, осмотры врачей смежных специальностей при лечении острого заболевания регламентируется **исключительно лечащим врачом.**

При выявлении хронического заболевания или врожденной патологии у ребенка на этапе диагностики, в рамках данного договора, требующих дополнительных осмотров врачей смежных специальностей, многократного лабораторного контроля и применения дополнительных аппаратных методов исследования. Заказчик дополнительно оплачивает ведение данного заболевания, согласно, прейскуранта цен на данные услуги.

3.2. Заказчик осуществляет оплату услуг Исполнителя на основании согласованного сторонами графика (Приложение № 4).

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

**4. Обязанности сторон.**

4.1. Исполнитель обязан:

4.1.1. Обеспечить оказание медицинских услуг в соответствии с протоколами наблюдения детей, рекомендованных Министерством здравоохранения Республики Казахстан, при отсутствии протоколов – в соответствии с общепринятыми подходами.

4.1.2. Исполнитель оказывает медицинские услуги в объеме и с периодичностью согласно Приложения № 1, являющегося неотъемлемой частью настоящего договора, со дня подписания договора на медицинское обслуживание на весь период наблюдения до достижения ребенком возраста -\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

4.2. Заказчик обязан:

4.2.1. Выполнять все предписания и рекомендации врача, назначения по диагностике, профилактике и лечению, а также являться в назначенные для осмотра, дни явок и дни сдачи анализов.

4.2.2. Заказчик обязан, при взятии ребенка на наблюдение в ТОО «Центр перинатальной профилактики», поставить в известность Исполнителя о наличии у ребенка каких-либо патологий, врожденных заболеваний и/или каких-то любых других отклонений в здоровье и организме (Прниложение № 2).

4.2.3. Своевременно извещать Исполнителя обо всех осложнениях, тревожных признаках и других изменениях в состоянии здоровья ребенка.

4.2.4. Своевременно (строго в указанные в договоре сроки) оплачивать услуги ЦПП.

**5. Права сторон.**

5.1. Заказчик имеет право:

5.1.1. На расторжение настоящего договора с письменным указанием причины расторжения. **В случае расторжения Договора, Исполнителем производится возврат денежных средств по усмотрению Исполнителя, без предоставления калькуляции услуг предоставленных Исполнителем за период наблюдения ребенка в «Центре перинатальной профилактики».**

5.2. Исполнитель имеет право:

5.2.1.На досрочное расторжение настоящего договора без возврата денег, оплаченных за оказание медицинских услуг, в случае несоблюдения Заказчиком предложенных рекомендаций по лечению и невыполнения врачебных предписаний.

5.2.2**. На досрочное расторжение договора при задержке платежа более, чем на 7 дней.**

5.2.3. В связи с отъездами заказчика из города по личной инициативе (отсутствие на плановых осмотрах), перерасчет не производится.

**6. 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. В случае несоблюдения Заказчиком предложенных рекомендаций по лечению и невыполнения врачебных предписаний, Исполнитель освобождается от ответственности по обязательствам настоящего договора перед Заказчиком.

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 прекращений действий непреодолимой силы, стороны принимают все необходимые меры для исполнения своих обязательств по настоящему договору.

## 7. Порядок оказания медицинских услуг

7.1.Координатор связывается с клиентом по указанному контактному телефону и оповещает о времени первого визита. 7.2. При  оказании услуг на дому: при плановом визите врача,  среднего медицинского персонала, при вызове врача на дом по заболеванию -  дата и время посещения согласовываются заблаговременно. 7.3. Время работы врача-педиатра: с понедельника по пятницу с 9.00 до 19.00, суббота, воскресенье и праздничные дни – выходной. 7.4. Объем медицинских услуг, предусмотренных данной программой, в каждом конкретном случае определяется возрастом ребенка. Плановые мероприятия могут быть отменены по согласованию с родителями, в случае если они проводились ранее (анализы, вакцинации, плановые осмотры). 7.5. **Врач ЦПП не оказывает экстренную медицинскую помощь при заболеваниях** (Приложение № 3)**.**

 **8. Изменение и расторжение Договора**

8.1. 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.

8.2. О намерении досрочного расторжения настоящего договора стороны обязаны уведомить друг друга не позднее, чем за 7 дней.

**9. 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.

10. 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.

11. Адреса и реквизиты сторон.

|  |  |
| --- | --- |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ**ТОО «Центр перинатальной профилактики»г. **Астана, пр. Абая, 8, ВП 19**БИН 080440002183тел.: 40 75 27, факс: 40 73 82лицензия № 13002969 от 26.02.2013 г.Директор ТОО «Центр перинатальной профилактики»Смагулов Р.А.  |  **ЗАКАЗЧИК** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**Приложение №1**

**Программа медицинского наблюдения детей от 0 до 1 года.**

**Перечень медицинских услуг**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п |  Наименование | Количествообязательный минимум | Количествомаксимум |
| **Консультации врачей:** |
| 1 | Патронаж педиатра на дому 1-ый месяц | 3 раза | 3 раза |
| 2 | Патронаж педиатра на дому 2-ой месяц | 1 раз | 3 раза |
| 3 | Патронаж педиатра на дому 3-ий месяц | 1 раз | 3 раза |
| 4 | Плановые осмотры педиатра в ЦПП с 4- х до 12 месяцев | 1 раз в месяц | 1 раз в месяц |
| 5 | Осмотры педиатра в случае острого заболевания | по необходимости | по необходимости |
| 6 | Осмотры педиатра на дому при заболевании | При температуре выше 38º С | 5 раз |
| 7 | Осмотр невропатолога | 2 раза в год | 3 раза в год |
| 8 | Осмотр хирурга | 2 раза в год | 3 раза в год |
| 9 | Осмотр ортопеда  | 2 раза в год | 3 раза в год |
| 10 | Осмотр офтальмолога | 2 раза в год | 2 раза в год |
| 11 | Осмотр отоларинголога | 1 раз в год | 2 раза в год и один пролеченный случай острого заболевания |
| 12 | Осмотр кардиолога | **------** | 1 раз в год при необходимости |
| 13 | Осмотр аллерголога | **------** | 1 раз при необходимости |
| **Патронаж медицинской сестры на дому:** |
| 1 | 1- ый месяц  | 3 раза | 4 раза |
| 2 | 2- ой месяц | 1 раза | 2 раза |
| 3 | 3- ий месяц | 1 раза | 1 раза |
| **Лабораторное обследование:** |
| 1 | ОАК | 2 раза | по показаниям |
| 2 | ОАМ | 2 раза | по показаниям |
| 3 | Анализ мочи по Нечипоренко, биохимический анализ крови (от 3 до 5 показателей) | **------** | 1 раз |
| 4 | Кал на я/глист | 1раз | 1 раз |
| 5 | Кал на копрологию | **-------** | 1 раз |
| 6 | Кал на дисбактериоз | **------** | 1 раз |
| **7** | Бак. посев на патогенную флору (не более 2-х точек) | **------** | 1 раз |
| **УЗ диагностика:** |
| 1 | Нейросонография (УЗИ ГМ) | **------** | 1 раз |
| 2 | УЗИ почек  | **------** | 2 раз |
| 3 | УЗИ ОБП | **------** | 1 раз |
| 4 | УЗИ тазобедренных суставов  | **------** | 1 раз |
| 5 | ЭХО КГ (УЗИ сердца) | **------** | 1 раз |
| 6 | ЭКГ | **------** | 1 раз при необходимости |
| 7 | **Иммунизация в рамках национального календаря профилактических прививок** | по календарю проф. прививок | по календарю проф.прививок |
| **Дополнительные услуги:** |
| 1 | Массаж на дому | 1 курс – 10 дней |
| 2 | Фототерапия на дому (УФ лампа) | **------** | аренда фотолампы на дом 3 дня |

 **С приложением ознакомлен (-а)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Приложение № 2.**

**Перечень заболеваний и состояний, не подлежащих ведению в ЦПП:**

1. Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека, приобретенный иммунодефицит неуточненного происхождения и их осложнения;
2. Особо опасные инфекционные болезни: чума, холера, оспа, желтая и другие высококонтагиозные вирусные геморрагические лихорадки;
3. Различные травмы
4. Туберкулез, саркоидоз, муковисцидоз;
5. Онкологические заболевания (злокачественные новообразования, в том числе кроветворной и лимфатической тканей, доброкачественные новообразования злокачественного течения);
6. Врожденные, в том числе генетически обусловленные и наследственные заболевания, деформации и хромосомные нарушения; детский церебральный паралич;
7. Осложненный сахарный диабет;
8. Заболевания и травмы, вызванные ядерным взрывом, радиацией, военными действиями, народными волнениями, забастовками и стихийными бедствиями;
9. Заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью и требующие проведения хронического гемодиализа;
10. Иммунологические и аллергологические исследования;
11. Хронический и острый  вирусный гепатит;
12. В контракт не входит лечение хирургической патологии.
13. Расходы на приобретение лекарственных препаратов, перевязочных материалов, медицинского оборудования.

**Приложение № 3.**

**Экстренный осмотр ребенка на дому при его заболеваниях осуществляется врачами бригады Скорой медицинской помощи – тел 103.**

1. Повышение температуры тела выше 380 С.
2. Ребенок не может пить, сосать грудь.
3. Резкое ухудшение общего состояния ребенка.
4. Стул с кровью у ребенка с диареей (стул более 8раз в сутки).
5. Затрудненное дыхание у ребенка с кашлем.
6. Учащенное дыхание у ребенка с кашлем.
7. Рвота после каждого приема пищи.
8. Отсутствие сознания.
9. Судороги.
10. Бытовые травмы (падение с высоты, ожоги, инородные тела).

**Плановый осмотр врачом ЦПП заболевшего остро ребенка, при своевременном извещении персонала ЦПП, проводится в течение ближайшего рабочего дни.**

**Памятка.**

**1.Запись на прием осуществляется с 9ч 00мин до 19ч 00мин.**

**2.Вызов врача на дом с 9ч 00мин до 16ч 00 мин.**

**3. Связь с личным врачом – педиатром и специалистами по мобильному телефону осуществляется в режиме с 9ч 00 мин до 19ч 00 мин в рабочие дни (в другое время по согласованию с личным врачом).**

**Приложение № 4.**

График оплаты по договору №\_\_\_\_\_\_\_\_

**Программа медицинского наблюдения детей от 0 до 1 года**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Наименование |  Сумма | **Дата и подпись****Заказчика** |
|  При заключении договора оплачивается сумма: |  200 000 тенге |  |
|  При достижении ребенка возраста 5 месяцев оплачивается остаток в сумме: |  |  |
| **Общая сумма договора составляет:** |  |  |

 **В случае задержки оплаты более 7 дней Исполнитель вправе расторгнуть договор в одностороннем порядке.**

С приложениями ( №2, №3, №4) ознакомлен (-а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_