**ДОГОВОР №**

**на оказание медицинских услуг**

 г.Астана «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2024 года

Мы,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемые в дальнейшем **«Заказчик»,** являясь родителями \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, именуемого в дальнейшем **«Пациент»,** с одной стороны и **ТОО «PPC Hospital»,** свидетельство о государственной регистрации № 24022333 от 26.06.2024, расположенное по адресу: город Астана, пр. Абая, д. 8, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»,** в лице директора Вакрушевой Татьяны Мироновны 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. Состояния, требующие интенсивной терапии и круглосуточного медицинского наблюдения, иные состояния, угрожающие жизни и здоровью пациента или жизни и здоровью окружающих не входят в предмет данного договора.

**2. Материальное обеспечение услуг.**

2.1. Исполнитель самостоятельно определяет способы, методы и объем медицинских услуг, а также виды медикаментов и средствами медицинского назначения, порядок и сроки забора анализов в каждом конкретном случае, руководствуясь особенностями организма и клиникой каждого конкретного Пациента, 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 пункта 4.1 настоящего договора.

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

**3. Условия и порядок оказания услуг**

3.1. Исполнитель оказывает услуги по настоящему договору в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией **ТОО «PPC Hospital»,**и доводятся до сведения Заказчика.

3.2. Заказчик дает согласие на включение и использование своих персональных данных (фамилия, имя, отчество (при его наличии), национальность, пол, дата рождения, ИИН, юридический адрес, место жительства, абонентский номер средства связи) и медицинских записей в информационных системах Субъекта здравоохранения и Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан (далее - МЗСР РК) в целях обмена этой информацией участниками процесса обследования и лечения **Пациента**.

3.3. Кратность и форма осмотра пациента определяется лечащим врачом, с учетом клинического протокола наблюдения и объективного статуса пациента.

3.4. 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.

 4**.Порядок расчетов по договору.**

4.1. Стоимость оказываемых медицинских услуг по настоящему договору составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге и рассчитана с учетом:

- В данную сумму включены консультации педиатра и врачей смежных специальностей работающих в ТОО «PPC Hospital», , лабораторные методы исследования и использование специальной аппаратуры для планового наблюдения и ведения **здорового ребенка.**

- В данную сумму включены также осмотры педиатра **ТОО «PPC Hospital»,** 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.**

Вышеизложенный объем наблюдения, является единой услугой и **не подлежит калькуляции**

4.2. **В случае выявления хронического заболевания или врожденной патологии у Пациента во время наблюдения, требующих дополнительных осмотров врачей смежных специальностей, многократного лабораторного контроля и применения дополнительных аппаратных методов исследования, не входящих в расчетную базовую стоимость данного договора, должно оплачиваться дополнительно.**

4.3. При постановке **Заказчика** на учет в более поздние сроки, расчет суммы контракта производится в индивидуальном порядке.

4.4. Исполнитель выдает Заказчику документ, подтверждающий прием наличных или безналичных денежных средств в кассу Исполнителя.

**5. Обязанности сторон.**

5.1. Исполнитель обязан:

5.1.1. Обеспечить оказание медицинских услуг в соответствии с протоколами наблюдения детей, рекомендованных Всемирной организацией здравоохранения и Министерством здравоохранения Республики Казахстан, а так же методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Республики Казахстан

5.1.2. 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 -\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

5.1.3. Исполнитель обязан вести амбулаторную карту Пациента. По завершению комплексного наблюдения, согласно данному договору, оформляется выписной эпикриз, который является актом выполненных работ.

5.1.4. Исполнитель обязан сохранять медицинскую тайну в рамках существующего законодательства РК.

5.2. Заказчик обязан:

5.2.1. Выполнять все предписания и рекомендации врача, назначения по диагностике, профилактике и лечению, а также являться в назначенное для осмотра и сдачи анализов время.

**5.2.2. В случае если Заказчик не выполняет рекомендации врача, по своевременному проведению диагностических и лечебных процедур, не является на встречу с врачом в назначенное ранее время без уважительной причины, что приведет к невыполнению договорных обязательств в полном объеме - перерасчёт стоимости договора не проводится.**

5.2.3. Заказчик обязан при взятии ребенка под наблюдение в ТОО «PPC Hospital», информировать Исполнителя о наличии у Пациента каких-либо патологий, врожденных заболеваний и/или любых известных ему других отклонений в состоянии здоровья (Приложение № 2).

**5.2.4 В случае если плановая вакцинация не проведена по вине Заказчика, в сроки предусмотренные контрактом, невыполненная вакцинация проводится в участковой поликлинике по обращению родителей.**

**5.2.5. В случае временного медицинского отвода от проведения профилактических прививок (выставленного наблюдающим врачом и/или специалистом центра), постановка профилактических прививок переносится на определенный врачом срок, в рамках данного договора. В случае медицинского отвода от проведения профилактической вакцинации дольше времени действия договора, данная вакцинация проводится в участковой поликлинике, стоимость договора не перерасчитывается.**

5.2.6. Заказчик обязан своевременно извещать Исполнителя обо всех осложнениях, тревожных признаках и других изменениях в состоянии здоровья Пациента.

5.2.7. Заказчик обязан при заключении договора оплатить в полном объёме сумму указанную в пункте 4.1. настоящего договора.

**6. Права сторон.**

6.1. Заказчик имеет право:

6.1.1. На выбор курирующего педиатра.

6.1.2. Получать в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии здоровья Пациента, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.

6.1.3. После окончания договора, получить выписной эпикриз из медицинской карты с указанием результатов проведенных исследований, лечебных мероприятий и необходимыми рекомендациями, в срок, не превышающий **14 рабочих дня после завершения договора**.

6.1.4. На досрочное расторжение настоящего договора с письменным указанием причины расторжения. **В случае расторжения Договора, Исполнителем производится перерасчет стоимости договора, с возвратом излишних денежных средств.**

6.2. Исполнитель имеет право:

6.2.1. На уважительное, корректное отношение со стороны Заказчика.

6.2.2. На досрочное расторжение настоящего договора.

6.2.3. В случае отсутствии курирующего врача, Исполнитель вправе назначить другого врача для проведения лечения и диагностики, или перенести прием на другой удобный для Пациента день.

**7. Ответственность сторон.**

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

7.2. 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.

 **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. **Досрочное расторжение настоящего договора по инициативе Исполнителя может производиться в случае: повторного невыполнения его рекомендаций по обследованию и лечению Пациента; повторного нарушения графика встреч с Пациентом по неуважительной причине или в связи с отъездом Пациента из города Астана, более чем на 2 месяца. Перерасчет стоимости договора проводится согласно объему выполненных работ в случае расторжения договора ранее 6 месяцев наблюдения. При расторжении договора позже 6 месяцев перерасчет суммы договора не производится.**

8.3. Досрочное расторжение настоящего договора по инициативе Заказчика производится с письменным указанием причины расторжения.

8.4. При досрочном расторжении договора, инициированном Исполнителем, Заказчик извещается за 2 недели до процедуры расторжении договора.

**9. Срок действия договора.**

 9.1. Договор вступает в силу немедленно после подписания его сторонами и действует до достижения ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**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 «PPC Hospital», г. Астана, пр. Абая, 8, ВП 19БИН 210940036770тел.: 40 75 27, факс: 40 73 82лицензия № 24022333 от 26.06.2024 г.Директор ТОО «PPC Hospital», Вакрушева Т.М.  |  **ЗАКАЗЧИК** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

 **Приложение №1**

**Программа медицинского наблюдения детей от 4 до 5 лет.**

**Перечень медицинских услуг**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п |  Наименование | Количествообязательный минимум | Количествомаксимум |
| **Консультации врачей:** |
| 1 | Плановые осмотры педиатра в «PPC Hospital»,  | 1 раза | 4 раза в год |
| 2 | Осмотры педиатра в случае острого заболевания | по необходимости | по необходимости |
| 3 | Осмотры педиатра на дому при заболевании | При температуре выше 38ºС | 5 раз |
| 4 | Осмотр невропатолога | 1 раза в год | 1 раза в год |
| 5 | Осмотр хирурга | 1 раза в год | 1 раза в год |
| 6 | Осмотр ортопеда  | 1 раза в год | 1 раза в год |
| 7 | Осмотр офтальмолога | 1 раза в год | 1 раза в год |
| 8 | Осмотр отоларинголога | 1 раз в год | 1 раза в год и **один пролеченный случай острого заболевания** |
| 9 | Осмотр кардиолога | **------** | 1 раз в год при необходимости |
| 10 | Осмотр аллерголога | **------** | 1 раз при необходимости |
| **Лабораторное обследование:** |
| 1 | ОАК | 1 раза | по показаниям |
| 2 | ОАМ | 1 раза | по показаниям |
| 3 | Анализ мочи по Нечипоренко | **------** | по показаниям |
| 4 | Биохимический анализ крови (от 3 до 5 показателей) | **------** | 1 раз |
| 5 | Кал на я/глист | 1раз | 1 раз |
| 6 | Кал на копрологию | **-------** | 1 раз |
| 7 | Кал на дисбактериоз | **------** | 1 раз |
| 8 | Бак. посев на патогенную флору (не более 2-х точек) | **------** | 1 раз |
| **УЗ диагностика:** |
| 2 | УЗИ почек  | **------** | 1 раз |
| 3 | УЗИ ОБП | **------** | 1 раз |
| 4 | УЗИ органов малого таза у девочек | **------** | 1 раз |
| 4 | УЗИ щитовидной железы  | **------** | 1 раз при необходимости |
| 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 |

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

 **Приложение № 2.**

**Перечень заболеваний и состояний, не подлежащих ведению в PPC Hospital:**

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.
14. **При выявлении коронавирусной инфекции covid-19 в семье Заказчика, диагностика, лечение и наблюдение проводится участковой поликлиникой в рамках ГОБМП.**

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

 **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).

**ВНИМАНИЕ !**

1. **Время работы врача педиатра с понедельника по пятницу с 09:00 до 19:00, в субботу ведет прием дежурный врач с 10:00 до 13:00, в воскресенье и праздничные дни- выходной.**
2. **Плановый осмотр врачом PPC Hospital заболевшего остро ребенка, при своевременном извещении персонала PPC Hospital, проводится в течение ближайшего рабочего дня.**
3. **Вызов врача на дом с 9ч 00мин до 16ч 00 мин в рабочие дни (кроме субботы, воскресенья, праздничных дней).**
4. **Врач PPC Hospital не оказывает экстренную медицинскую помощь при заболеваниях** (Приложение № 3)**.**

**5. 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).**

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

 **Приложение № 4.**

**Согласие на разглашение (предоставление) сведений, составляющих врачебную тайну**

Информация о состоянии здоровья пациента, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и (или) лечении, составляют врачебную тайну.

Предоставление информации о состоянии здоровья пациента, находящегося под наблюдением в ТОО «PPC Hospital», осуществляется только лицам, указанным законным представителем в данном приложении.

Настоящим документом я, *(Ф.И.О)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, законный представитель пациента (Ф.И.О, дата рождения) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, даю сотрудникам ТОО PPC Hospital согласие на разглашение (предоставление) сведений, составляющих врачебную тайну, следующему лицу (следующим лицам):

*(Ф.И.О полностью, дата рождения, степень родства-* далее – Доверенное лицо)

1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Настоящим согласием я разрешаю разглашать (предоставлять) исключительно Доверенному лицу (лицам) при условии предъявления документа, удостоверяющего личность гражданина, следующие сведения: о состоянии здоровья пациента, установленного диагноза, иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении.

Предоставить сведения, составляющие врачебную тайну, без согласия законного представителя пациента, допускается в следующих случаях:

- при угрозе распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих;

- по запросу органов дознания и предварительного следствия, прокурора, адвоката и (или) суда в связи с проведением расследования или судебного разбирательства;

- при наличии оснований полагать, что вред здоровью пациента причинен в результате противоправных деяний.

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