Приложение 2

к приказу от 01.07.2019 № 4

ДОГОВОР № \_\_\_\_

на оказание медико-социальной помощи

в УЗ «Витебский областной специализированный дом ребенка»

г. Витебск «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019г.

Учреждение здравоохранения «Витебский областной специализированный дом ребенка» (далее – Дом ребёнка), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Мизеркиной Елены Геннадьевны, действующего на основании Устава и Положения об оказании медико-социальной помощи детям-инвалидам, в том числе находящимся под паллиативным наблюдением, по желанию их законных представителей в учреждении здравоохранения «Витебский областной специализированный дом ребёнка» (далее – Положение), с одной стороны, и гражданин(ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(ФИО)

именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, который является законным представителем (отцом, матерью, опекуном) несовершеннолетнего (ей)

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

(ФИО)

дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

удостоверение ребенка-инвалида № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдано\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(кем, когда)

именуемого в дальнейшем «Пациент», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1.Исполнитель принимает на себя обязательства по предоставлению медико-социальной помощи на возмездной основе, которая заключается в организации временного круглосуточного пребывания Пациента в Доме ребёнка (г. Витебск, пр-т Победы, 32) с оказанием медико-социальной помощи в соответствии с его(ее) потребностями в сроки, определенные Сторонами в приложении 1 к договору, и на условиях, определенных настоящим договором и Положением, а Заказчик обязуется соблюдать требования настоящего договора и Положения.

1.2. Медико-социальная помощь предоставляется не более 28 суток в течение календарного года.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1.Исполнитель обязан:

2.1.1.обеспечить Заказчика бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения об оказании медико-социальной помощи, стоимости и условиях оплаты, квалификации медицинских работников (врачей специалистов), режиме работы Дома ребенка, иной необходимой информацией.

2.1.2.знакомить Пациента (по возможности), Заказчика и других физических лиц, посещающих Пациента с Правилами внутреннего распорядка в Доме ребенка;

2.1.3.оказать медицинские услуги Пациенту, предусмотренные подпунктом 1.1. пункта 1. настоящего Договора.

2.1.4.не разглашать конфиденциальную информацию Пациента.

2.1.5.информировать своевременно Заказчика об обстоятельствах, которые могут повлиять на исполнение договора;

2.1.6.оформить при выписке пациента в установленном порядке в 2-х экземплярах эпикриз;

2.1.7.выдать первый экземпляр эпикриза Заказчику;

2.1.8.направить второй экземпляр эпикриза в учреждение здравоохранения по месту жительства (пребывания) Пациента.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1.получать от Заказчика любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае не предоставления либо неполного или неверного предоставления информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации;

2.2.2.сотрудничать при оказании услуг по настоящему Договору с иными медицинскими учреждениями и специалистами;

2.2.3.сообщать необходимые данные о состоянии здоровья Пациента в установленном законодательством порядке.

2.3.Заказчик обязан:

2.3.1.оплатить оказанные Исполнителем медицинские услуги в соответствии с положениями раздела 3 настоящего Договора.

2.3.2.предоставить Исполнителю необходимые документы и достоверную информацию о ребёнке, необходимую для качественного оказания услуги (данные о личности ребёнка, его семье, режиме питания и сна, предпочтениях в питании, потребностях, умениях самостоятельного обслуживания во время приёма пищи и при осуществлении гигиенических процедур, данные о коммуникативных навыках, поведенческих особенностях, социальных способностях);

2.3.3.обеспечить соблюдение Пациентом, Заказчиком и другими физическими лицами, посещающими Пациента, Правил внутреннего распорядка в Доме ребёнка;

2.3.4.обеспечить Пациента самостоятельно за свой счет на весь период оказания медицинских услуг:

личными вещами (промаркированными) в соответствии с потребностями;

лекарственными средствами, назначенными на постоянной основе, в заводской упаковке с маркировкой;

лечебным индивидуальным диетическим питанием, назначенным на постоянной основе;

предметами и средствами ухода (подгузники, влажные салфетки, детская косметика по уходу за кожей), а также игрушками и др.

2.3.5. обеспечить опрятный внешний вид ребенка при поступлении;

2.3.6. своевременно информировать Исполнителя об обстоятельствах, которые могут повлиять на исполнение настоящего договора.

2.4 Заказчик имеет право:

2.4.1. получать информацию от Исполнителя о состоянии Пациента;

2.4.2. получить от Исполнителя эпикриз Пациента;

2.4.3. высказывать пожелания по совершенствованию медико-социальной помощи;

2.4.4. принимать участие в информационных, консультационных, обучающих мероприятиях (семинарах, днях открытых дверей и т.п.), проводимых для получателей медико-социальной помощи;

2.4.5. расторгнуть договор в одностороннем порядке, предварительно уведомив администрацию Дома ребёнка за 5 календарных дней.

3. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1.Стоимость медицинских услуг составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей, исходя из размера 80% от получаемой ребенком пенсии за месяц, предшествующий месяцу оказания медико-социальной помощи, пропорционально количеству дней пребывания в Доме ребенка.

3.2. Оплата за оказанные услуги производится Заказчиком в порядке 100% предварительной оплаты.

3.3.Датой оплаты медицинских услуг считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1.Исполнитель несет ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам оказания медицинских услуг, разрешенным на территории Республики Беларусь, а так же в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента.

4.2.При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам исполнения услуг Заказчик вправе по своему выбору:

назначить новый срок оказания услуги Пациенту;

расторгнуть настоящий Договор.

4.3.Ни одна из сторон не будет нести ответственность за полное или частичное неисполнение другой стороной своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, и другие стихийные бедствия, забастовки, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренных законом.

Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерено отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

4.4. Сторона, для которой сделалось невозможным исполнение обязательств по Договору, обязана не позднее пяти дней с момента их наступления и прекращения в письменной форме уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

5. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

5.1.Стороны будут стремиться к разрешению всех возможных споров и разногласий, которые могут возникнуть по Договору или в связи с его исполнением, путем переговоров.

5.2.Споры, не урегулированные путем переговоров, передаются на рассмотрение суда в порядке, предусмотренном действующим законодательством Республики Беларусь.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

6.1.Договор вступает в силу с момента подписания и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по Договору.

7. ИНЫЕ УСЛОВИЯ

7.1. Договор может быть расторгнут досрочно по:

соглашению сторон;

требованию Заказчика;

требованию Исполнителя в случае:

острого заболевания Пациента;

наличия отрицательной реакции пациента на пребывание в Доме ребенка (нарушение периода адаптации) в течение 3-х календарных дней;

грубого нарушения Заказчиком и другими физическими лицами, посещающими Пациента, правил внутреннего распорядка для пациентов Дома ребенка.

7.2. Оказание медико-социальной помощи осуществляется при предоставлении Заказчиком следующих документов:

паспорт родителя (законного представителя) ребенка-инвалида;

свидетельство о рождении (паспорт) ребенка-инвалида;

справка о размере пенсии ребенка-инвалида за месяц, предшествующий месяцу оказания медико-социальной помощи;

направление организации здравоохранения, осуществляющей оказание медицинской помощи ребенку в амбулаторных или стационарных условиях с указанием развернутого клинического диагноза основного и сопутствующих заболеваний, группы паллиативной медицинской помощи;

медицинская справка о состоянии здоровья с указанием результатов осмотра на чесотку, педикулез, отсутствие контакта с инфекционными больными в течение 21 дня;

выписка из истории развития ребенка (ф. 112/у) с указанием данных лабораторных и инструментальных исследований, дозы и кратности приема лекарственных средств, кратности обострений основных симптомов, организации питания пациента (через рот; через назогастральный зонд; через гастростому), сведений о непереносимости лекарственных средств и аллергических реакциях, данных о профилактических прививках, другой информации.

7.3.При досрочном расторжении договора Исполнитель в течение 30 календарных дней производит перерасчет стоимости медицинских услуг с учетом фактического пребывания Пациента в Доме ребенка и возврат Заказчику излишне уплаченной суммы.

7.4.Все изменения и дополнения к Договору действительны, если совершены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами. Дополнительные соглашения Сторон являются неотъемлемой частью Договора.

7.5.Договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон, которые имеют одинаковую юридическую силу.

7.6. Приложения 1-3 являются неотъемлемой частью настоящего договора.

8. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель**  УЗ «Витебский областной специализированный дом ребёнка»  210041, г.Витебск, пр-т Победы,32  р/с BY15AKBB36423010002942000000  филиал № 200 – Витебском областном управлении ОАО «АСБ Беларусбанк»  БИК АКВВВY21200,УНН 300433685,  ОКПО 05562903  т/ф (8-0212) 260947,  270157 (бухгалтерия)  Главный врач  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Е.Г.Мизеркина | **Заказчик**  Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Паспорт серии № \_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  выдан **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  (кем,когда)  Адрес проживания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /**  подпись Ф.И.О |

**Приложение 1**

**к договору №\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**О согласовании сроков пребывания для оказания медико-социальной помощи**

На основании заявления Родителя и с учетом графика работы Дома ребёнка Стороны согласовали следующие сроки пребывания Пациента в Доме ребёнка для оказания медико-социальной помощи:

с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 г. по « \_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 г., всего\_\_\_\_\_\_ дней.

Родитель обязуется доставить и забрать Пациента в согласованное сторонами время:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата/время прибытия | «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 г. | с \_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Дата/Время убытия | «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 г. | с \_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Е.Г.Мизеркина  *(подпись) ( расшифровка подписи)* | **Заказчик**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(подпись) ( расшифровка подписи)* |

**Отметка о прибытии**

Подтверждаем, что Пациент прибыл в Дом ребёнка в \_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 2019г. Личные вещи, медикаменты и письменные инструкции по их применению переданы по описи ответственному сотруднику Дома ребёнка.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Исполнитель**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Е.Г.Мизеркина  *(подпись) ( расшифровка подписи)* | **Заказчик**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(подпись) ( расшифровка подписи)* |  |

**Отметка об убытии**

Подтверждаем, что Пациент убыл из Дома ребёнка в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 2019г. Личные вещи Пациента возвращены Заказчику.

Претензий по порядку оказания медико-социальной помощи Заказчик не имеет.

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Е.Г.Мизеркина  *(подпись) ( расшифровка подписи)* | **Заказчик**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(подпись) ( расшифровка подписи)* |

**Приложение 2**

**к договору №\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Заявление**

**Дополнительное контактное лицо**

В случае если сотрудники Дома ребёнка не могут связаться со мной, в экстренных случаях прошу и разрешаю по всем вопросам, касающимся исполнения настоящего договора, в том числе касающимся сокращения сроков пребывания ребенка в Доме ребёнка для оказания медико-социальной помощи в связи с изменением состояния здоровья, прошу контактировать со следующими лицами:

ФИО (полностью)/степень родства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактные телефоны: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО (полностью)/степень родства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактные телефоны:

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

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я подтверждаю, что лица, указанные выше, информированы и выразили свое согласие сотрудничать с администрацией Дома ребёнка по вопросу оказания медико-социальной помощи. В случае отсутствия родителя/законного представителя, данные лица согласны возложить на себя их функции.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| ФИО |  | Подпись |  | Дата |

**Приложение 3**

**к договору №\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Об ознакомлении с документами**

Подтверждаю, что я ознакомлен(а) и согласен(а) с Положением об оказании медико-социальной помощи детям-инвалидам по желанию их законных представителей в учреждении здравоохранения «Витебский областной специализированный дом ребенка».

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| ФИО |  | Подпись |  | Дата |

**О праве передачи информации о ребенке**

Я подтверждаю / не подтверждаю (нужное подчеркнуть) право администрации Дома ребёнка передавать личную информацию о моем ребенке, включая медицинские данные, другим медицинским организациям и/или местным органам власти с целью поддержания и улучшения его медицинского, правового и финансового благополучия.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| ФИО |  | Подпись |  | Дата |

**Соглашение о медицинском обслуживании**

Я разрешаю / не разрешаю (нужно подчеркнуть) оказывать при необходимости моему ребенку медицинскую помощь, а в экстренных случаях вызывать скорую медицинскую помощь.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| ФИО |  | Подпись |  | Дата |