

**ПУБЛІЧНИЙ ДОГОВІР (ОФЕРТА) № 2024-1**  
**про надання платних медичних послуг**

м. Луцьк

«03» жовтня 2024 року

**КОМУНАЛЬНЕ ПІДПРИЄМСТВО «ЛУЦЬКИЙ КЛІНІЧНИЙ ПОЛОГОВИЙ БУДИНОК» (КП «ЛКПБ»)**, далі за текстом — **Виконавець, Медзаклад/ Лікувально-профілактичний заклад**, в особі директора СЯБРУКА Сергія Григоровича, який діє на підставі Статуту, пропонує будь- яким фізичним особам, які звернулися до Медзакладу для отримання медичних послуг, у тому числі пацієнтам, далі за текстом — **Замовник**, які разом іменуються Сторони, а кожна окремо Сторона, уклали цей Публічний договір про надання платних послуг (далі - Договір) про нижченаведене:

**Розділ 1. Визначення**

**Договір про надання платних медичних послуг** — договір приєднання, який встановлює однакові для кожного Замовника підстави отримання таких послуг на умовах публічної оферти з моменту її акцептування останнім (далі — Договір).

**Публічна оферта** — пропозиція Виконавця, що адресована Замовнику приєднатися до цього Договору на умовах і в порядку, що ним передбачені.

**Акцепт** — підтвердження Замовником повної та безумовної згоди укласти Договір з Виконавцем на умовах, що передбачені публічною офертою, шляхом підписання відповідної **Заяви про приєднання до цього Договору**.

**Заява про приєднання** — форма вираження безумовної згоди Замовника приєднатися до цього Договору, оформлена в письмовому вигляді із зазначенням конкретних медичних послуг, які бажає замовити останній згідно з переліком, затвердженим у Додатку 1 до цього Договору. Форми заяви про приєднання затверджені Додатком 2 до цього Договору з урахуванням специфіки пропонованих медичних послуг і конкретних умов їх надання.

**Медична послуга/допомога** — послуга, яку надає Медзаклад пацієнту, замовнику.

**Замовник медичної послуги/допомоги** - фізичні особи, у тому числі сам пацієнт або його законний представник.

**Пацієнт** — фізична особа, яка звернулася за отриманням медичної послуги та/або якій надають таку медичну послугу/допомогу.

**Додаток 1 до Договору** — затверджений перелік платних послуг з медичного обслуговування населення, які входять до встановленого законодавством переліку платних послуг та які Виконавець має можливість надати Замовнику з огляду на наявну матеріально-технічну базу, наявність відповідного медичного персоналу та профілю роботи закладу охорони здоров'я.

**Перелік платних послуг** — медичні послуги, що надаються Замовнику за

тарифами, що встановлені в Додатку 1 та затверджені Управлінням охорони здоров'я Луцької міської ради.

**Медичне обслуговування** — діяльність Медзакладу у сфері охорони здоров'я, що не обов'язково обмежується медичною допомогою, але безпосередньо пов'язана з її наданням.

**Якість медичної допомоги (медичної послуги)** — надання медичної допомоги (медичної послуги) та проведення інших заходів щодо організації надання Медзакладом медичної допомоги (медичної послуги) відповідно до стандартів у сфері охорони здоров'я.

**Стандарти медичної допомоги (медичної послуги)** — сукупність норм, правил і нормативів, а також показники (індикатори) якості надання медичної допомоги відповідного виду або показники якості медичної послуги, які розробляють з урахуванням сучасного рівня розвитку медичної науки та практики.

**Інформована добровільна згода** — згода Пацієнта або, у випадках передбачених законодавством, його законного представника на проведення діагностики, профілактики, лікування та на проведення операції та знеболення, яку оформлюють у письмовому вигляді шляхом підписання затвердженої форми.

**Персональні дані Пацієнта** — відомості чи сукупність відомостей про особу Пацієнта, до яких належать прізвище, ім'я, по батькові, дата народження, місце проживання, номери засобів зв'язку, а також інша інформація, що стосується Пацієнта і яку Медзаклад може використати з метою ідентифікації особи Пацієнта.

**Місце надання медичних послуг** — місце провадження Виконавцем господарської діяльності з медичної практики, в якому Замовнику надають медичні послуги.

**Лікуючий лікар** — лікар Медзакладу, який надає медичну допомогу (медичну послугу) пацієнту в період його обстеження, лікування та інш.

**Інший медичний персонал** – медичні працівники, які надають медичні послуги Пацієнту в Закладі охорони здоров'я.

**Медична інформація** — інформація про стан здоров'я пацієнта, його діагноз, відомості, одержані під час медичного обстеження, у тому числі відповідні медичні документи, що стосуються здоров'я пацієнта.

## **Розділ 2. Загальні положення**

2.1. Кожна сторона Договору гарантує, що володіє необхідним обсягом дієздатності, а також усіма правами та обов'язками, що є необхідними та достатніми для укладання та виконання цього Договору.

2.2. Усі умови Договору, що передбачені Публічною офертою, є обов'язковими для Сторін.

2.3. Перелік платних послуг, які надаються КП «ЛКПБ» за умовами цього Договору міститься в Додатку № 1.

2.4. Виконавець має право в односторонньому порядку змінювати тарифи на медичні послуги у зв'язку зі зміною тарифів на комунальні послуги, зміною рівня заробітної плати, вартості виробів медичного призначення тощо. Нові тарифи на медичні послуги діють із моменту їх затвердження в порядку, встановленому чинним законодавством.

2.5. Договір оформлюється за згодою Замовника шляхом підписання відповідної Заяви про приєднання (акцептування), що є підтвердженням згоди на обробку персональних даних та проведеної оплати, на підставі акту приймання - передачі наданих медичних послуг.

### **Розділ 3. Акцептування Договору**

3.1. Підтвердженням повного і беззаперечного прийняття Публічної оферти є ознайомлення з договором, підписання Замовником відповідної Заяви про приєднання та оплата за актом приймання-передачі наданих медичних послуг.

3.2. Договір вважається укладеним без його подальшого підписання з моменту надання Замовником заяви про приєднання та зарахування грошових коштів на розрахунковий рахунок Виконавця. У тих випадках, коли обов'язковою передумовою надання медичної послуги пацієнту є попередня згода останнього на медичне втручання, Договір вважається укладеним також після підписання пацієнтом Інформованої згоди/згоди на проведення операції та знеболення.

3.3. Укладаючи Договір, Замовник автоматично погоджується з повним і беззастережним прийняттям умов Договору, встановлених тарифів на медичні послуги Виконавця та всіх додатків, що є невід'ємною частиною цього Договору.

### **Розділ 4. Предмет Договору**

4.1. Відповідно до умов цього Договору Виконавець зобов'язується надати якісні медичні послуги Замовнику на умовах та в порядку, що передбачені цим Договором, а Замовник зобов'язується прийняти та оплатити медичні послуги в порядку та на умовах, що передбачені цим Договором.

4.2. Перелік медичних послуг та умови їх надання визначають Додатки 1 і 2 до цього Договору.

4.3. Медичні послуги надаються відповідно до порядків надання медичної допомоги, затверджених Міністерством охорони здоров'я України, з обов'язковим дотриманням галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

4.4. Розрахунок за надані медичні послуги Замовник перераховує Виконавцю шляхом зарахування грошових коштів на розрахунковий рахунок Виконавця.

4.5. Медичні послуги надаються медичними працівниками Медзакладу, які мають відповідну спеціальну освіту і відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам відповідно до законодавства України.

4.6. До початку надання медичних послуг Лікуючий лікар повідомляє Пацієнту перелік, склад та вартість всіх медичних послуг, надання яких Лікуючий лікар вважає доцільним, та в усній формі погоджує з Пацієнтом перелік та вартість всіх медичних послуг, які будуть надані Медзакладом за призначенням цього Лікуючого лікаря.

4.7. Медичні послуги надаються за попереднім записом, який здійснюється за телефоном. Надання медичних послуг без попереднього запису можливо виключно у випадках, відсутності попереднього запису на цей час інших Пацієнтів. Дата та час надання кожної медичної послуги погоджується Медзакладом та Пацієнтом в усній формі.

4.8. Дату та час надання кожної медичної послуги може бути змінено з ініціативи Пацієнта до настання терміну надання такої послуги.

4.9. Дату та час надання кожної медичної послуги може бути змінено з ініціативи Медзакладу, у разі:

4.9.1. Якщо стан здоров'я Пацієнта перед початком надання медичної послуги унеможливилює її надання або значним чином збільшує ризики виникнення ускладнень, загрози життю чи здоров'ю Пацієнта або інших тяжких чи негативних наслідків.

4.9.2. Виникнення обставин непереборної сили, які унеможлиблюють надання медичної послуги Медзакладом.

4.10. Наявність обставин, передбачених підпунктом 4.9.2. цього Договору, встановлюється Медзакладом та повідомляється Пацієнту.

4.11. Приймання-передача наданих медичних послуг здійснюється шляхом оформлення Акту приймання-передачі наданих медичних послуг (Додаток № 3 до цього Договору, що є його невід'ємною частиною) (далі - Акт приймання-передачі), який складається Медзакладом в двох примірниках та надається Пацієнту для підписання.

4.12. Пацієнт зобов'язаний підписати обидва примірники Акту приймання-передачі або надати письмову мотивовану відмову від підписання Акту приймання - передачі.

4.13. У разі якщо Пацієнт не надав письмову мотивовану відмову від підписання Акту приймання-передачі, медична послуга вважається належним чином наданою Виконавцем та належним чином прийнята Замовником, після проведеної оплати.

4.14. За наявності письмової мотивованої відмови від підписання Акту приймання - передачі, Медзаклад протягом 14 (чотирнадцяти) календарних днів розглядає таку відмову та в письмовій формі повідомляє Пацієнта про результати розгляду.

4.15. Якщо Пацієнту Медзакладом надано декілька медичних послуг, Медзаклад має право скласти один Акт приймання-передачі в двох примірниках, в якому зазначити весь перелік наданих медичних послуг.

4.16. Пацієнт підтверджує, що Медзакладом йому роз'яснено права та обов'язки, встановлені законодавством України.

## **Розділ 5. Права та обов'язки Виконавця**

### **Виконавець має право:**

5.1. Обробляти персональні дані Замовника під час укладання і виконання Договору відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» від 01.06.2010 № 2297VI на підставі згоди останнього.

5.2. В односторонньому порядку змінити умови Договору та/або Тарифи на медичні послуги, перелік яких наведений у Додатку 1 до Договору, внести зміни в сам перелік платних медичних послуг.

5.3. Відмовити Замовнику в наданні медичної послуги у випадках:

а) недотримання пацієнтом встановлених медичних приписів або графіку лікування;

в) виявлення в пацієнта за результатами обстеження медичних протипоказань до надання послуги;

г) неприбуття пацієнта, без поважних причин, в установлені дату та час для

отримання відповідної медичної послуги.

5.4. Достроково припинити надання послуг Пацієнту у випадку систематичного порушення останнім медичних приписів (за винятком випадків, коли така відмова загрожуватиме здоров'ю або життю пацієнта) або Правил перебування пацієнтів у Медзакладі.

5.5. Вести та зберігати медичну документацію і звітність відповідно до вимог законодавства України.

**Виконавець зобов'язаний:**

5.6. Надавати медичні послуги Замовнику в порядку, у строки та на умовах, передбачених цим Договором, відповідною Заявою про приєднання та згідно з встановленими Тарифами Виконавця.

5.7. Для надання медичних послуг використовувати лікарські засоби та медичні вироби, що дозволені до застосування в Україні.

5.8. Дотримувати вимог законодавства щодо порядку надання медичних послуг, табелів матеріально-технічного оснащення (у тому числі й примірних), галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я та санітарних норм.

5.9. Не розголошувати медичну інформацію про пацієнта (крім випадків, передбачених законодавством).

5.10. Після проведення Замовником розрахунку згідно з умовами цього Договору — видати останньому розрахунковий документ, що підтверджує отримання Виконавцем грошових коштів.

5.11. Дотримуватись норм Етичного кодексу лікаря України.

## **Розділ 6. Права та обов'язки Замовника**

### **6.1. Замовник має право:**

6.1.1. Отримати повну та достовірну інформацію про стан свого здоров'я, щодо пропонувані Виконавцем медичних послуг, порядку їх надання та можливих побічних реакцій, у тому числі ознайомлюватись з відповідними медичними документами, що стосуються його здоров'я, які зберігаються у Медзакладі.

6.1.2. Отримати від Виконавця послуги в порядку, строки та на умовах, що передбачені цим Договором.

6.1.3. На лікарську таємницю за винятком випадків, передбачених законодавством.

### **6.2. Замовник зобов'язаний:**

6.2.1. Повідомити Виконавцю достовірні дані про себе. Дотримуватись Правил перебування пацієнтів у Медзакладі.

6.2.2. Надати достовірну інформацію про стан свого здоров'я, перенесені та успадковані хвороби, шкідливі звички, наявність алергічних реакцій, протипоказань щодо тих або інших методів лікування та лікарських засобів, непереносимості окремих медичних препаратів, які він має і які можуть вплинути на якість наданих медичних послуг.

6.2.3. Неухильно дотримуватись та належно виконувати медичні приписи, не порушувати Правил перебування пацієнтів у Медзакладі, стаціонарі.

6.2.4. З'являтися в Медзаклад, за узгодженими з лікарем датою та часом, щоб

здати аналізи, провести медичні процедури, огляд тощо.

6.2.5. Повідомляти Медзаклад про покращення або погіршення самопочуття, появу або зникнення симптомів та іншу інформацію про зміни стану свого здоров'я протягом строку лікування та перебування у стаціонарі.

6.2.6. Після отримання медичних послуг/медичної допомоги підписати акт прийому-передачі наданих послуг.

6.2.7. Сплатити Виконавцю кошти за надані медичні послуги в порядку, у строки та в розмірі, що визначені цим Договором.

## **Розділ 7. Строк надання послуг і порядок розрахунків**

7.1. Виконавець надає медичні послуги Замовнику за тарифами, що встановлені в Додатку 1 та затверджені Управлінням охорони здоров'я Луцької міської ради.

7.2. Усі розрахунки за цим Договором здійснюються виключно в національній грошовій одиниці України (гривні) в безготівковій формі з моменту приєднання до Договору.

## **Розділ 8. Гарантії та відповідальність сторін**

8.1. Виконавець гарантує якісне медичне обслуговування пацієнта та збереження медичної інформації про пацієнта, що стала відомою Виконавцю (працівнику Виконавця) у зв'язку з виконанням цього Договору.

8.2. Замовник гарантує достовірність інформації про себе (як персональних даних, так і медичної інформації), дотримання медичних приписів, рекомендацій Лікуючого лікаря.

8.3. Сторони несуть відповідальність за цим Договором згідно з чинним законодавством України.

8.4. Медзаклад не несе відповідальності у разі виникнення ускладнень у Пацієнта або за шкоду, заподіяну життю та здоров'ю Пацієнта в результаті:

- невиконання Пацієнтом обов'язків, передбачених підпунктом 6.2.3, 6.2.4 цього Договору, зокрема приписів та рекомендацій лікарів закладу охорони здоров'я, Плану лікування, тощо;
- не повідомлення Пацієнтом суттєвої інформації про стан свого здоров'я;
- використання лікарських засобів та виробів медичного призначення неналежної якості або таких, що не призначені лікарями Медзакладу;
- не повідомлення Пацієнтом інформації, передбаченої підпунктом 6.2.5. цього Договору;
- отримання медичної допомоги в інших закладах охорони здоров'я;
- розвитку захворювань чи патологій, які не пов'язані з наданням медичних послуг за цим Договором.

8.5. Медзаклад звільняється від відповідальності, якщо настання ускладнень відбулося не з вини Медзакладу (не пов'язано з якістю медичних послуг, що надаються Пацієнту Медзакладом).

8.6. Виконавець не несе відповідальності за здоров'я пацієнта у разі відмови останнього від виконання медичних приписів або порушення Пацієнтом встановленого для нього режиму лікування.

8.7. У разі неприбуття пацієнта до медичного закладу в час, узгоджений з лікуючим лікарем та (або) графіком відвідувань, без поважних причин та

попереднього повідомлення, цей Договір вважається розірваним, а кошти, сплачені Замовником, не підлягають поверненню та зараховуються на користь Виконавця. Цей пункт не стосується пацієнтів, обслуговування яких не передбачає оперативного втручання, виконання процедур із використанням медичної техніки.

8.8. Невиконання або неналежне виконання умов цього Договору виключає юридичну відповідальність, якщо воно є наслідком обставин, що знаходяться поза сферою контролю сторін Договору: війна, пожежа, повінь, землетрус, страйк тощо (форс- мажорні обставини). Наявність форс-мажорних обставин підтверджують компетентні державні органи України.

## **Розділ 9. Строк дії Договору та інші умови**

9.1. Цей Договір є публічним договором (публічною офертою) та містить всі істотні умови надання Медзакладом медичних послуг, зазначених в Переліку медичних послуг (Додаток №1 до Договору, що є його невід'ємною частиною).

9.2. Пацієнт письмово звернувшись за отриманням медичних послуг до Медзакладу приймає (акцептує) всі умови цього договору, а дата першого звернення за згодою Сторін вважається датою укладання цього Договору.

9.3. Цей договір набирає чинності з дати укладення та діє безстроково.

9.4. Умови цього договору встановлюються однаковими для всіх Пацієнтів.

9.5. Медзаклад не має права відмовитися від укладання цього Договору за наявності у нього можливості ( в тому числі технічної, кадрової, організаційної, тощо) надати Пацієнту медичні послуги.

9.6. Дія розділів цього Договору, а також інших умов цього Договору стосовно оплати медичних послуг не розповсюджується на випадки надання Пацієнтам медичних послуг, які оплачуються Медзакладу Страховиками відповідно до договорів добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я), або іншими третіми особами, згідно умов відповідних договорів.

9.7. Зміни до цього Договору вносяться Медзакладом в односторонньому порядку та оприлюднюються:

9.8.1. На офіційному веб-сайті Медзакладу;

9.8.2. На паперових носіях у відділеннях Медзакладу.

9.8. В разі виявлення розбіжностей між умовами цього Договору оприлюдненими на офіційному веб-сайті Медзакладу та на паперових носіях у відділеннях Медзакладу, пріоритет має примірник на паперових носіях.

9.9. При виконання зобов'язань за Договором, кожна Сторона (посадові особи) зобов'язується не вчиняти та не брати участі у вчиненні корупційних правопорушень, пов'язаних з діяльністю Сторони; утримуватися від поведінки, яка може бути розціненою як готовність вчинити корупційне правопорушення; не допускати випадки підбурення до вчинення корупційного правопорушення, пов'язаного з діяльністю Сторони, не допускати випадки вчинення корупційних або пов'язаних з корупцією правопорушень іншими особами; уживати заходів щодо недопущення виникнення конфлікту інтересів, виконувати інші вимоги антикорупційного законодавства України.

## 10. Додатки

10.1. Невід'ємною частиною цього Договору є нижченаведені додатки:

Додаток № 1 «Перелік медичних послуг»;

Додаток № 2 «Заява -приєднання до договору про надання платних послуг з медичного обслуговування»

Додаток № 3 « Акт приймання - передачі наданих медичних послуг».

Додаток № 4 «Інформована добровільна згода».

## Розділ 11. Реквізити Виконавця

**Виконавець:**

**КОМУНАЛЬНЕ ПІДПРИЄМСТВО  
«ЛУЦЬКИЙ КЛІНІЧНИЙ ПОЛОГОВИЙ БУДИНОК»**

Місцезнаходження: 43005, Волинська область,  
м. Луцьк, вул. Гулака-Артемівського, 18

Код ЄДРПОУ 03399089

ІПН 033990803184

Р/р UA 65 305 299 00000 26000020802430

в АТ КБ «ПРИВАТБАНК»

тел. +38 0332 23-10-31

**Директор**

\_\_\_\_\_ **Сергій СЯБРУК**

**ТИМЧАСОВІ ТАРИФИ**  
**на платні послуги з медичного обслуговування, що надаються**  
**КОМУНАЛЬНИМ ПІДПРИЄМСТВОМ**  
**«ЛУЦЬКИЙ КЛІНІЧНИЙ ПОЛОГОВИЙ БУДИНОК»**

№ п/п	Найменування послуги	Тариф за 1 послугу без ПДВ, грн.
1	Операція регуляції порушень оваріально-менструального циклу (міні-аборт)	1940,00
2	Операція штучного переривання вагітності у термінах 6-7 тижнів	2050,00
3	Операція штучного переривання вагітності у термінах 6-7 тижнів з введенням анти-D (резус) імуноглобуліну	4310,00
4	Операція штучного переривання вагітності у термінах 8-10 тижнів	2160,00
5	Операція штучного переривання вагітності у термінах 8-10 тижнів з введенням анти-D (резус) імуноглобуліну	4420,00
6	Операція штучного переривання вагітності у термінах 11 тижнів + 6 днів	2490,00
7	Операція штучного переривання вагітності у термінах 11 тижнів + 6 днів з введенням анти-D (резус) імуноглобуліну	4750,00
8	Операція регуляції порушень оваріально-менструального циклу (міні-аборт) на скомпрометированій матці	2160,00
9	Операція штучного переривання вагітності у термінах 6-7 тижнів на скомпрометированій матці	2280,00
10	Операція штучного переривання вагітності у термінах 6-7 тижнів на скомпрометированій матці з введенням анти-D (резус) імуноглобуліну	4540,00
11	Операція штучного переривання вагітності у термінах 8-10 тижнів на скомпрометированій матці	2390,00
12	Операція штучного переривання вагітності у термінах 8-10 тижнів на скомпрометированій матці з введенням анти-D (резус) імуноглобуліну	4650,00
13	Операція штучного переривання вагітності у термінах 11 тижнів + 6 днів на скомпрометированій матці	2710,00
14	Операція штучного переривання вагітності у термінах 11 тижнів + 6 днів на скомпрометированій матці з введенням анти-D (резус) імуноглобуліну	4970,00
15	Аналіз на визначення D-Димер	320,00
16	Аналіз на визначення глікованого гемоглобіну HbA1C	250,00
17	Аналіз на тиреотропний гормон (ТТГ)	120,00
18	Аналіз на гормон тироксин (Т 4 вільний)	120,00
19	Аналіз на антитіла до тиропероксидази (АТТПО)	130,00
20	Аналіз на гормон трийодтиронін (Т 3 вільний)	130,00
21	Забір крові на аналіз (визначення D-димер, глікованого гемоглобіну HbA1C)	70,00
22	Забір крові на аналіз (тиреотропний гормон, гормон тироксин, антитіла до тиропероксидази, гормон трийодтиронін)	80,00

23	Гінекологічне УЗД	330,00
24	Акушерське УЗД (I-II триместр вагітності)	400,00
25	Акушерське УЗД (III триместр вагітності)	450,00
26	Огляд - консультація лікаря акушер-гінеколога для проведення операції штучного переривання вагітності	1450,00
27	Консультація лікаря - невролога дитячого	200,00

**Примітка:**

1. Податок на додану вартість нараховується відповідно до вимог Податкового кодексу України.
2. Вартість бланків медичних довідок у тарифах не врахована і оплачується пацієнтами додатково.

**Виконавець:**

**Директор**

\_\_\_\_\_ **Сергій СЯБРУК**

**ЗАЯВА-ПРИЄДНАННЯДО ДОГОВОРУ ПРО НАДАННЯ ПЛАТНИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ**

Договір про надання платних послуг (далі - Договір), визначений у цій Заяві-приєднанні, укладається лише шляхом приєднання Замовника, до запропонованого Договору в цілому, причому Замовник не може запропонувати свої умови до цього Договору. У випадку незгоди зі змістом та формою Договору чи окремих його положень, Замовник вправі відмовитися від його укладення. Заява заповнюється у двох оригінальних примірниках українською мовою.

Замовник,, підписавши дану Заяву- приєднання до Договору, діє шляхом приєднання до всіх його умов в цілому. З моменту підпису Замовником даної Заяви-приєднання про укладання та прийняття її Виконавцем, Замовник та Виконавець набувають прав та обов'язків визначених Договором та несуть відповідальність за їх невиконання (неналежне виконання).

**Підписавши дану заяву Замовник засвідчує:-** ознайомлення з умовами Договору та нормативними документами, що регулюють порядок надання послуг;- повне розуміння змісту Договору, значень термінів і понять та всіх його умов; вільне волевиявлення укласти Договір, відповідно до його умов, шляхом приєднання до нього в повному обсязі.

Підписання цієї заяви-приєднання свідчить про згоду Замовника на обробку його персональних даних у розумінні положень ЗУ "Про захист персональних даних"

Прізвище, ім'я та по батькові, підпис	
Адреса місця реєстрації	
Ідентифікаційний номер або паспортні дані	
Дата заповнення цієї заяви, підпис	

**ЗАЯВА-ПРИЄДНАННЯДО ДОГОВОРУ ПРО НАДАННЯ ПЛАТНИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ**

Договір про надання платних послуг (далі - Договір), визначений у цій Заяві-приєднанні, укладається лише шляхом приєднання Замовника, до запропонованого Договору в цілому, причому Замовник не може запропонувати свої умови до цього Договору. У випадку незгоди зі змістом та формою Договору ч и окремих його положень, Замовник вправі відмовитися від його укладення. Заява заповнюється у двох оригінальних примірниках українською мовою.

Замовник,, підписавши дану Заяву- приєднання до Договору, діє шляхом приєднання до всіх його умов в цілому. З моменту підпису Замовником даної Заяви-приєднання про укладання та прийняття її Виконавцем, Замовник та Виконавець набувають прав та обов'язків визначених Договором та несуть відповідальність за їх невиконання (неналежне виконання).

**Підписавши дану заяву Замовник засвідчує:-** ознайомлення з умовами Договору та нормативними документами, що регулюють порядок надання послуг; - повне розуміння змісту Договору, значень термінів і понять та всіх його умов; вільне волевиявлення укласти Договір, відповідно до його умов, шляхом приєднання до нього в повному обсязі.

Підписання цієї заяви-приєднання свідчить про згоду Замовника на обробку його персональних даних у розумінні положень ЗУ "Про захист персональних даних"

Прізвище, ім'я та по батькові, підпис	
Адреса місця реєстрації	
Ідентифікаційний номер або паспортні дані	
Дата заповнення цієї заяви, підпис	

**ЗАТВЕРДЖУЮ**  
Директор КП «ЛКПБ»  
\_\_\_\_\_Сергій СЯБРУК

**Акт приймання-передачі наданих медичних послуг**

м. Луцьк

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2024 року

КОМУНАЛЬНЕ ПІДПРИЄМСТВО «ЛУЦЬКИЙ КЛІНІЧНИЙ ПОЛОГОВИЙ БУДИНОК», в особі лікаря \_\_\_\_\_, та \_\_\_\_\_ (далі – Замовник) склали цей Акт приймання-передачі наданих медичних послуг, який підтверджує належне надання Закладом охорони здоров'я відповідно до Публічного договору про надання медичних послуг нижченаведених медичних послуг:

№ п/п	Код послуги	Найменування послуги	Ціна послуги, грн.	Дата надання послуги	Кількість послуг	Сума, грн.
<b>Всього, грн. (без ПДВ)</b>						

Загальна вартість наданих медичних послуг складає: \_\_\_\_\_

Замовник підтверджує, що не має претензій та зауважень стосовно кількості, обсягу та якості наданих медичних послуг, що зазначенні у цьому Акті приймання-передачі наданих медичних послуг, та приймає вищенаведені послуги.

Замовник підтверджує, що Закладом охорони здоров'я дотримано всі умови Договору про надання медичних послуг.

**Підписи сторін:**

<b>Замовник/Пацієнт:</b>	<b>Виконавець:</b>
_____ ПІБ Місце реєстрації: _____ Паспорт _____ Виданий _____ Ідентифікаційний номер _____  _____ (підпис)	Лікар _____   _____ (підпис) (прізвище, ініціали лікаря)

## ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА вагітної жінки на проведення операції (процедури) штучного переривання небажаної вагітності

Я, що нижче підписалась, \_\_\_\_\_, прошу провести мені  
(прізвище, ініціали)

операцію (процедуру) штучного переривання небажаної вагітності.

Я після отримання інформації у зрозумілій мені формі щодо наслідків операції (процедури) штучного переривання небажаної вагітності прийняла рішення про переривання вагітності свідомо, за своїм бажанням, без примусу або впливу будь-кого і мала достатньо часу для обмірковування та прийняття рішення.

Я отримала повну інформацію у зрозумілій мені формі про методи переривання вагітності, зокрема: медикаментозний, мануальної вакуум-аспірації, електричної вакуум-аспірації, розширення шийки матки та кюретажу (вишкрібання) порожнини матки.

На основі отриманої інформації обираю \_\_\_\_\_ метод переривання вагітності.

Я отримала повну інформацію у зрозумілій мені формі про методи знеболювання, зокрема: прийом знеболювальних засобів, місцева анестезія з місцевим знеболювальним лікарським засобом, місцева анестезія в поєднанні з атаралгезією, внутрішньовенний наркоз.

На основі отриманої інформації обираю \_\_\_\_\_ метод знеболювання.

Я усвідомлюю, що штучне переривання небажаної вагітності є медичною операцією (процедурою), деталі якої мені були докладно пояснені, і є можливий ризик ускладнень: неповний аборт, кровотеча, перфорація матки, інфекційні ускладнення, плацентарний поліп, безпліддя.

Я розумію, що у разі виникнення певних ознак (кровотеча, повна відсутність кров'яних виділень після аборту, підвищення температури тіла, вагінальні виділення з неприємним запахом, різкий, тривалий біль у животі, що посилюється) я повинна негайно звернутись по медичну допомогу до вказаного мені закладу охорони здоров'я.

Я знаю, що повинна відвідати лікаря-акушера-гінеколога через 10-14 днів після операції (процедури) штучного переривання небажаної вагітності.

Я отримала повну інформацію щодо засобів попередження наступної вагітності.

_____ (прізвище, ініціали пацієнтки)	_____ (підпис)	_____ (дата)
---	-------------------	-----------------