

Договор № 11/19
об оказании медицинских услуг

пгт. Излучинск

«29» декабря 2018 г.

муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение «Ваховский детский сад «Лесная сказка»», именуемое в дальнейшем «Заказчик» в лице заведующей Бусыгиной Веры Константиновны, действующего на основании Устава с одной стороны, и **бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нижневартовская районная больница»,** именуемое в дальнейшем «Учреждение», в лице главного врача Шляхтиной Нины Анатольевны действующего на основании Устава и лицензии № ЛО-86-01-003120 от 04.09.2018г., с другой стороны, заключили настоящий договор («Договор») о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. В соответствии с условиями настоящего Договора Учреждение обязуется предоставить Заказчику (далее по тексту - «детям»), медицинскую помощь определенного объема и качества в сроки, установленные настоящим Договором.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Учреждение обязано:

2.1.1. Оказывать детям, направленным Заказчиком в Учреждение, медицинские услуги в соответствии с лицензией, направлением Заказчика и условиями настоящего Договора.

2.1.2. Оформлять необходимые для обслуживания детей документы по факту обращения детей за медицинской помощью.

2.1.3. Обеспечивать надлежащий уровень оказания детям медицинских услуг. В случае невозможности оказания каких-либо медицинских услуг, выходящих за рамки специализации Учреждения, либо при необходимости длительного дорогостоящего обследования или лечения в других лечебных учреждениях, незамедлительно информировать об этом Заказчика.

2.1.4. Оказывать следующие необходимые виды услуг при обслуживании детей:

- оказывать консультационно-диагностическую помощь амбулаторно в лечебно-профилактических учреждениях района;

- осуществлять осмотры воспитанников медицинским работником;

- проводить все необходимые диагностические и лечебные процедуры;

- обеспечивать медикаментами, необходимыми для оказания услуг в стандартном объеме.

2.1.5. Выдавать детям необходимую медицинскую документацию, связанную с выявленным у них заболеванием (листок временной нетрудоспособности, справки, выписной эпикриз).

2.1.6. Своевременно известить Заказчика при невозможности оказания медицинской помощи и иных медицинских услуг в соответствии с настоящим Договором в течении 24 часов по тел.28-23-15 с письменным подтверждением в течение 1 календарных дней.

2.1.7. Посещать дошкольное образовательное учреждение согласно графика согласованного с заведующим дошкольного образовательного учреждения.

2.1.8. Обеспечить наличие лекарственных препаратов для амбулаторной медицинской помощи в соответствии с Приложением №1 к настоящему договору.

2.1.9. Своевременно предоставлять «Заказчику» сведения по итогам проведения профилактических медицинских осмотров воспитанников с целью использования таковых при организации оздоровительных и реабилитационных мероприятий в условиях дошкольной образовательной организации.

2.2. Заказчик обязан:

2.2.1. Предоставлять Учреждению сведения о самочувствии детей, если оно вызывает подозрение о состоянии его здоровья.

2. Предоставить Учреждению на безвозмездной основе помещений, соответствующих условиям и требованиям для осуществления медицинской деятельности, оборудованных мебелью, оргтехникoй и медицинскими изделиями согласно «Стандарту оснащения медицинского блока отделения организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях»

2.2.3. Оказывать содействие медицинским организациям в проведении медицинских осмотров (скринингов) несовершеннолетних в период обучения воспитания и оказании им первичной медико-санитарной помощи в плановой форме, в информировании несовершеннолетних и (или) их родителей (законных представителей) о проведении таковых, а также в оформлении информированных добровольных согласий (Приложение №2 к настоящему договору) на медицинское вмешательство или их отказов от медицинского вмешательства

2.2.4. Организовать работу по гигиеническому обучению воспитанников, их законных представителей и работников дошкольного образовательного учреждения.

2.2.5. Информировать учителей физической культуры об освобождении воспитанников от занятий, передача справок о заболеваемости медицинскому работнику.

2.2.6. Включать в состав комиссии по расследованию несчастных случаев медицинских работников БУ «Нижевартовская районная больница».

2.2.7. Незамедлительно информировать медицинских работников о возникновении травм у воспитанников и приглашение их для оказания первой медицинской помощи. В случае отсутствия медицинских работников воспитатели или педагоги оказывают первую помощь самостоятельно. Заведующий дошкольного образовательного учреждения обязан вызвать бригаду скорой медицинской помощи и определить из числа работников дошкольного образовательного учреждения лицо, сопровождающих воспитанника в учреждение здравоохранения, поставить в известность законных представителей воспитанника или же пригласить их в качестве сопровождающих.

2.3. Учреждение имеет право:

2.3.1. По предварительному согласованию с Заказчиком, привлекать специалистов других лечебных учреждений для оказания необходимых воспитанникам видов помощи, за исключением экстренных видов помощи.

3. Порядок медицинского обслуживания

3.1. Медицинское обслуживание детей осуществляется в соответствии с режимом работы Учреждения.

3.2. Учреждение устанавливает характер и объем медицинской помощи, оказываемой детям.

4. Порядок разрешения споров

4.1. Стороны могут предъявлять взаимные претензии по фактам нарушения обязательств в течении всего действия Договора. До обращения в суд обязательно соблюдение претензионного порядка.

4.2. Претензия рассматривается в течении 10 дней с момента ее получения с обязательным проведением экспертизы.

4.3. При невозможности разрешить возникшие противоречия между Сторонами путем переговоров спор передается на разрешение Арбитражного суда города Ханты-Мансийска.

5. Ответственность сторон

5.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору в соответствии с действующим законодательством.

6. Срок действия договора, изменение и прекращение договора

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с 01.01.2019 года и действует по 31.12.2019 года.

6.2. Настоящий Договор может быть изменен или прекращен только по письменному соглашению Сторон, которое оформляется дополнительным соглашением, подписанным Сторонами и являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

Дополнительное соглашение, оформленное в соответствии с п.6.2., действует в течении срока действия настоящего Договора, если другое не предусмотрено в соглашении.

6.4. В случае досрочного расторжения Договора заинтересованная Сторона обязана известить другую Сторону письменно за 10 дней до предполагаемой даты расторжения договора.

7. Прочие условия

7.1. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

7.2. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению конфиденциальности информации, полученной при исполнении условий настоящего Договора. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по настоящему Договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой Стороны.

7.3. Конфиденциальной по настоящему Договору признается информация: - о заболеваниях учащихся и воспитанников.

7.4. В случаях, не предусмотренных настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим гражданским законодательством.

7.5. В случае изменения юридического адреса, расчетного счета или обслуживающего банка Стороны обязаны в трехдневный срок уведомить об этом друг друга.

8. Адреса и банковские реквизиты сторон

Заказчик:

МБДОУ «Ваховский детский сад «Лесная сказка»

Юридический (почтовый) адрес:

628656, Россия, Тюменская область, ХМАО – Югра, Нижневартовский район, с.п. Ваховск, ул. Таежная, д. 18

ИНН 8620013050

КПП 862001001

Тел. (3466) 28-80-97

Заказчик

Заведующий



В.К. Бусыгина

Учреждение:

БУ «Нижневартовская районная больница»

Юридический (почтовый) адрес:

628634, ХМАО-Югра, Нижневартовский район, пгт. Излучинск, ул. Энергетиков, 2
ИНН 8620012804

КПП 862001001

Тел.: 28-23-15, 28-11-56

E-mail: dogovor_noy@mail.r

Учреждение

Главный врач



Н.А. Шляхтина

Примерный перечень лекарственных препаратов для оказания амбулаторной помощи обучающимся в образовательных организациях Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

Таблица № 1

Примерная посиндромная укладка медикаментов для оказания неотложной помощи несовершеннолетним в общеобразовательных организациях

№ п/п	Наименование	Ед. измерения	Количество из расчета на 100 человек
Головные боли, гипертермический синдром			
1.	Парацетамол таблетки 0,2 №10	уп.	4
2.	Нурофен сироп 100 мг в 5 мл 100,0 мл	фл.	4
3.	Нурофен таблетки 0,2 №12	уп.	4
4.	Раствор Анальгина 50%- 1,0 №10	уп.	2
5.	Анальгин таблетки 0,5 №10	уп.	4
Головные боли с симптомами ВСД			
1.	Раствор Дротаверина 2%-1,0 №10	уп.	2
2.	Раствор Кофеина -1,0 №10	уп.	2
3.	Цитрамон П таблетки №10	уп.	10
4.	Папазол таблетки №10	уп.	6
Обморок			
1.	Раствор Аммиака 10%-50,0	фл.	2
Боли абдоминальные			
1.	Раствор Дротаверина 2%-1,0 №10	уп.	2
2.	Дротаверин таблетки 0,04 №20	уп.	6
3.	Ренни таблетки №24	уп.	2
4.	Уголь активированный таблетки 0,25 №10	уп.	20
Боли в сердце			
1.	Нитроглицерин таблетки сублингвальные 0,5 №40	уп.	2
2.	Аспирин таблетки 0,5 №10	уп.	2
3.	Раствор Корвалола 25,0	фл.	2
Носовые кровотечения			
1.	Раствор Нафтизина 0,05% -10,0	фл.	2
2.	Раствор перекиси водорода 3%-50,0	фл.	2
3.	Губка гемостатическая коллагеновая №10	уп.	2
Бронхоспазм			
1.	Аэрозоль для ингаляции «Беродуал Н» 200 доз	фл.	2
2.	Раствор Эуфиллина 2,4%-10,0 №10	уп.	2
Анафилактический шок			
1.	Раствор Адреналина 0,1%-1,0 №10	уп.	2
2.	Раствор натрия хлорида 0,9% -10,0 №10	уп.	2
3.	Раствор Преднизолона 30мг №3	уп.	2
4.	Раствор Димедрола 1%-1,0 №10	уп.	2
Аллергические реакции			
1.	Фенкарол таблетки 0,025 №20	уп.	2
2.	Раствор Супрастина 1,0 №5	уп.	2
Травма глаза			
1.	Раствор сульфацил натрия 20%-10,0	фл.	4

Ожоги, травмы

1.	Салфетка стерильная 45x29	уп.	2
2.	Бинт стерильный 7x14	шт.	20
3.	Лейкопластырь бактерицидный 6x10	шт.	10
4.	Лейкопластырь 3x500	шт.	2
5.	Раствор Йода спиртовой 5%-25,0	фл.	10
6.	Раствор бриллиантовой зелени 1%-25,0	фл.	2
7.	Жгут кровоостанавливающий	шт.	по требованию

Добровольное информированное согласие

г. _____

« ____ » _____ 20__ г.

Я, _____
Ф.И.О. (полностью), год рождения _____

Я, _____	паспорт: _____
_____ выдан: _____	
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель): _____ (Ф.И.О. гражданина до 15 лет - полностью, год рождения)*	

Настоящим подтверждаю, что в соответствии со ст.22 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с моим волеизъявлением, в понятной для меня форме, проинформирован(а) о предстоящем консультировании (включающем в себя медицинский осмотр, диагностическое обследование, организацию последующего лечения и реабилитации, в том числе оказание специализированной медицинской помощи), её целях и форме проведения.

Получив полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на поставленные мною вопросы, подтверждаю, что мне понятны используемые термины, суть предстоящей процедуры, добровольно в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю свое согласие на проведение консультирования мне/лицу, законным представителем которого я являюсь.

Я информирован(а) о том, что в соответствии со ст. 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» информация о результатах консультирования составляет врачебную тайну, является конфиденциальной и не будет разглашена.

Также я информирован(а) о том, что в соответствии со ст. 27 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» я несу полную ответственность за сохранение своего здоровья/здоровья лица, законным представителем которого я являюсь.

Я удостоверяю, что текст моего добровольного информированного согласия на проведение консультирования мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют

Подпись гражданина (законного представителя) _____

Фамилия, имя, отчество _____

Настоящий документ оформлен мной _____

Должность специалиста, фамилия, имя, отчество, подпись _____

* Этот раздел бланка заполняется только на граждан до 15 лет.