



**Umowa o świadczenie usług  
z zakresu leczenia operacyjnego**

zawarta w Bieruniu w dniu      roku, pomiędzy:

**Galen - Ortopedia sp. z o. o.** z siedzibą w Bieruniu przy ul. Jerzego 6, wpisaną do rejestru przedsiębiorców w Sądzie Rejonowym Katowice - Wschód w Katowicach, Wydział VIII Gospodarczy KRS, pod numerem KRS 0000223745, zwaną dalej „Kliniką” reprezentowaną, na podstawie pełnomocnictwa zdeponowanego w siedzibie spółki i okazanego przy zawieraniu niniejszej umowy, przez:

(imię i nazwisko)

(nr w Centralnym Rejestrze Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej)

a

(imię i nazwisko)

(adres)

(nr dowodu tożsamości – dowód osobisty lub paszport)

(pesel)

będącego/ą\* klientem/ką\* Galen sp. z o. o., zwany/ą\* dalej „**Pacjentem**”  
dla którego/ej prowadzona jest historia choroby pod numerem

(numer historii choroby)

**§1**

**POSTANOWIENIA OGÓLNE**

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest osobiste świadczenie usług z zakresu ortopedii przez Klinikę na rzecz Pacjenta w zakresie szczegółowo opisanym w załączniku nr 1 do niniejszej umowy, zgodnie z

art. 32-35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i dentysty z czym pacjent według złożonego oświadczenia zapoznał się i wyraża zgodę poprzez złożenie swego podpisu.

2. Miejscem świadczenia usług na rzecz Pacjenta są obiekty Galen Ortopedii sp. z o. o.

3. Za usługi określone w ust. 1, Pacjent zapłaci wynagrodzenie Galen Ortopedii sp. z o. o.

w kwocie: zł                      słownie: złotych, na co składa się:

3.1 Pobyt w oddziale szpitalnym: wizyta kwalifikacyjna (anestezjologiczna), implanty, opieka: lekarska, anestezjologiczna, pielęgniarska, wyżywienie, pobyt w oddziale.

3.2 Opieka ambulatoryjna: 2 wizyty kontrolne (w tym usunięcie szwów).

3.3 ( ) wizyty rehabilitacyjne w ośrodku Galen-Rehabilitacja.

4. Należność zostanie zapłacona w kasie kliniki lub na konto ING Bank Śląski (nr konta): 15 1050 1214 1000 0022 9350 3146 najpóźniej do dnia zabiegu/operacji.

5. W przypadku zaburzeń w przebiegu leczenia lub ewentualnymi powikłaniami istnieje możliwość kontaktu z lekarzem dyżurnym pod numerem telefonu: 887-705-070

## **§2**

### **LEKARZ**

1. .

2. W ramach świadczonych usług Lekarz uprawniony jest do przeprowadzenia konsultacji medycznych w zakresie chirurgii.

3. Lekarz zobowiązany jest do przeprowadzenia operacji i zabiegów, zgodnie ze wskazaniami medycznymi ustalonymi w wyniku przeprowadzonych przez siebie oraz przez anestezjologa konsultacjami.

4. Operacje, zabiegi, konsultacje będą przeprowadzane w pomieszczeniach obiektów Galen – Ortopedia sp. z o. o., zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Lekarza.

5. Lekarz jest zobowiązany do świadczenia usług określonych w niniejszej umowie zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością, wymaganą w związku z wykonywaniem zawodu lekarza.

6. Lekarz jest zobowiązany do prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej Pacjenta, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

7. Lekarz ma prawo do odwołania operacji/zabiegu lub jej przełożenia, może też zlecić wykonanie kontroli innemu specjaliście.

## **§ 3**

### **ZACHOWANIE TAJEMNICY**

Lekarz jest zobowiązany do zachowania w tajemnicy informacji o stanie zdrowia Pacjenta a także informacji uzyskanych podczas konsultacji, zabiegów, operacji.

#### **§ 4 PACJENT**

Pacjent oświadcza, że:

1. Nie jest /jest ubezpieczony\* w Narodowym Funduszu Zdrowia oddział.....
2. Będąc świadomy podjętej decyzji, wyraża zgodę na przeprowadzenie przez Klinikę operacji/ zabiegu określonego w § 1 ust. 1 niniejszej umowy.
3. Został w sposób wyczerpujący poinformowany przez lekarza o wskazaniach do operacji/zabiegu, jak i innych możliwościach i sposobach leczenia, jak również o zakresie i rodzaju operacji/zabiegu, przewidywanym wyniku, okresie leczenia i wszelkich możliwych powikłaniach miejscowych i ogólnych, jak i warunkach, w których operacja/zabieg będzie wykonywany.
4. Wyraża zgodę na zaproponowane znieczulenie ogólne / przewodowe / miejscowe\*. Zgadza się na uzasadnione medyczne zmiany, rozszerzenie postępowania anestezyjologicznego oraz zmianę rodzaju znieczulenia o ile zaszłaby taka konieczność. Jednocześnie oświadcza, że w pełni zrozumiał treść zaleceń przed i po znieczuleniu, a informacje przez niego podane w rozmowie oraz w załączniku nr 2 są zgodne z prawdą.
5. Wyraża/nie wyraża\* zgody na przetoczenia krwi, o ile wystąpi taka konieczność.
6. Jest świadomy faktu, iż zatajenie powyższych informacji może być przyczyną powikłań. Podał wszystkie dane na temat przebytych operacji i chorób oraz leków aktualnie przyjmowanych. Wie, że w przypadku zatajenia powyższych informacji, przyjmuje na siebie ryzyko ewentualnych powikłań.
7. Został poinformowany o trybie sprawowania opieki pooperacyjnej i wyraża na to zgodę. W trakcie rozmowy z Lekarzem zadał wszystkie interesujące go pytania, na które uzyskał wyczerpujące, zrozumiałe dla niego odpowiedzi.
8. Będzie przestrzegać wszystkich zaleceń lekarskich.
9. Został poinformowany że nieodzowną częścią zabiegu/operacji jest rehabilitacja i że bez jej przeprowadzenia nie zostanie osiągnięty cel zabiegu/operacji.
10. Przyjął do wiadomości, że medycyna nie jest nauką ścisłą i w związku z tym mimo najlepszej wiedzy i chęci można nie osiągnąć zaplanowanego rezultatu. Mogą pojawić się także nieprzewidziane powikłania. W związku z tym wynik operacji/zabiegu nie może być gwarantowany i podczas wykonywania czynności mogą wystąpić okoliczności wymagające zmiany lub rozszerzenia wstępnie proponowanej operacji/zabiegu , na co wyraża zgodę, jeśli kwota o którą wzrośnie koszt zabiegu nie przekroczy.....złotych.....(słownie), by nie było konieczności przerywania i ponownego powtarzania zabiegu/operacji w celu uzyskania jego zgody.
11. Zgadza się na przeniesienie go do właściwego oddziału stacjonarnego zgodnie z decyzją lekarza operującego lub lekarza anestezjologa, jeżeli wymagałby tego jego stan zdrowia.

12. Wyraża/nie wyraża\* zgody na wykonywanie zdjęć fotograficznych i nagrań audio-video i wykorzystywanie ich do celów: naukowo-edukacyjnych, dokumentacyjnych, publikacji w literaturze fachowej pod warunkiem nierozpoznawalności mojej osoby.

13. Wyraża zgodę na informowanie o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, oraz upoważnia do uzyskania dokumentacji.....

.....  
(imię, nazwisko, nr telefonu i adres osoby upoważnionej)

14. Wyraża/nie wyraża\* zgody na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb realizacji niniejszej umowy zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych. (Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz.926 ze zm.)

15. Deklaruje/nie deklaruje \* pozostawienie rzeczy osobistych w depozycie oddziału szpitalnego.

## **§5**

### **ZAŁĄCZNIKI**

1. Pacjent oświadcza, że otrzymał, zapoznał się oraz w przewidzianym zakresie wypełnił:

- Konsultacja anestezyjologiczna;
- Zgoda pacjenta na przetoczenie krwi i jej preparatów;
- Oświadczenie pacjenta - świadoma zgoda na operację;

## **§ 6**

### **POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

1. Wszelkie uzupełnienia i zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

2. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy Kodeksu Cywilnego oraz Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity: Dz. U. 2008 r. Nr 136 poz. 857).

3. W wypadku niemożności polubownego załatwienia sporu właściwym do rozstrzygnięcia jest sąd właściwy dla siedziby Kliniki

4. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

.....  
( Pacjent )

.....  
( Lekarz operujący )