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 polegających na wykonaniu zabiegu , zgodnie z art. 32-35 ustawy z dnia 5

* proszę podkreślić właściwe

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), 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 na podstawie otrzymanego karnetu. Osobą uprawnioną do korzystania z wizyty rehabilitacyjnej jest wyłącznie Posiadacz Karnetu na podstawie zawartej umowy - karnet nie podlega zwrotowi, nie może być wymieniany na gotówkę, zarówno w całości, jak i w niewykorzystanej części. Zaplanowaną sesję rehabilitacyjną można odwołać do 24 godzin przed wizytą. Po tym czasie wizyta jest uznawana za zrealizowaną i podlega odliczeniu z karnetu pozabiegowych sesji rehabilitacyjnych. Karnet jest ważny przez 3 miesiące od daty zabiegu operacyjnego.

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 anestezjologicznego 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. Pacjent oświadcza, iż przyjmuje do wiadomości, że przetwarzanie jego danych osobowych jest niezbędne do wykonania niniejszej umowy oraz do wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na administratorze, a szczegółowa informacja dot. przetwarzania danych osobowych została mu przekazana.

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 anestezjologiczna;
    - 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)

* proszę podkreślić właściwe