



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

zawarta w Bieruniu w dniu , 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 świadczenie zdrowotnych z zakresu ortopedii przez Klinikę na rzecz Pacjenta polegających na wykonaniu zabiegu , zgodnie z art. 32-35 ustawy z dnia 5 grudnia

1996r. o zawodach lekarza i dentysty pacjent wyraża zgodę poprzez złożenie swego podpisu pod niniejszą umową.

2. Miejscem świadczenia usług na rzecz Pacjenta są budynki Galen - Ortopedia sp. z o. o.
3. Za usługi określone w ust. 1, Pacjent zapłaci wynagrodzenie Galen Ortopedii sp. z o. o.

w kwocie: słownie: złotych.

- 3.1. Na wynagrodzenie składa się w szczególności.:
 - 3.2. Pobyt w oddziale szpitalnym: wizyta kwalifikacyjna (anestezjologiczna), implanty, opieka: lekarska, anestezjologiczna, pielęgniarska, wyżywienie, pobyt w oddziale.
 - 3.3. Opieka ambulatoryjna: 2 wizyty kontrolne (w tym usunięcie szwów).
 - 3.4. () wizyt rehabilitacyjnych 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 najpóźniej do dnia zabiegu/operacji. Nr konta: ING Bank Śląski: 15 1050 1214 1000 0022 9350 3146.
 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. Zabieg będzie wykonywany przez zespół lekarzy:, którzy posiadają kwalifikacje konieczne do wykonywania zawodu lekarza potwierdzone odpowiednimi dokumentami, w zakresie specjalności z ortopedii i są wpisani do Centralnego Rejestru Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej pod numerem:
2. Klinika w uzgodnieniu z Pacjentem może zmienić Lekarza.
3. W ramach świadczonych usług Lekarz uprawniony jest do przeprowadzenia konsultacji medycznych w zakresie chirurgii.
4. Lekarz zobowiązany jest do przeprowadzenia operacji i zabiegów, zgodnie ze wskazaniami medycznymi ustalonymi w wyniku przeprowadzonych konsultacji przez siebie oraz przez anestezjologa.
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 na inny uzgodniony termin, przy czym Pacjentowi służy w takim przypadku prawo do odstąpienia od niniejszej umowy w terminie 7 dni od daty powzięcia informacji o decyzji Lekarza.
8. Lekarz jest zobowiązany do zachowania w tajemnicy informacji o stanie zdrowia Pacjenta a także informacji uzyskanych podczas świadczenia usług.

§ 3

ZABIEG LUB OPERACJA

1. Zabieg lub operacja (dalej „Operacja”) określona w załączniku do niniejszej umowy zostanie przeprowadzona w terminie uzgodnionym z Pacjentem.
2. Operacja połączona jest z hospitalizacją Pacjenta w Klinice oraz ewentualnym zaleconym przez Lekarza pobytem w szpitalnych pokojach gościnnych dla pacjentów z zapewnioną nocną opieką pielęgniarską i dyżurem lekarskim. Przewidywany czas hospitalizacji wynosi 5 dni i może ulec zmianie, o ile zmiana taka uzasadniona będzie stanem zdrowia Pacjenta. Natomiast czas pobytu w szpitalnych pokojach gościnnych będzie uzależniony od stanu zdrowia Pacjenta oraz zakresu świadczeń rehabilitacyjnych.
3. Na czas pobytu w Klinice Pacjent zobowiązany jest zabrać ze sobą przedmioty osobistego użytku niezbędne do codziennej pielęgnacji.
4. Na 5 dni przed terminem Operacji Pacjent zobowiązany jest przedstawić wyniki badań niezbędnych do przeprowadzenia Operacji - określonych przez Lekarza.

§ 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 załącznikach nr 2 i 3 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 zł (słownie), by nie było konieczności przerywania i ponownego powtarzania zabiegu/operacji w celu uzyskania jego zgody.
11. Zgadza się, aby w celu zapewnienia niezakłóconego dostępu do rehabilitacji bezpośrednio po zabiegu/operacji i opiece pozabiegowej/pooperacyjnej udzielanej w ramach chirurgii jednego dnia zgodnie z decyzją lekarza operującego przebywać przez wskazany przez niego okres w szpitalnych pokojach gościnnych Kliniki z zapewnioną nocną opieką pielęgniarską i dyżurem lekarskim. Cena tej usługi jest/nie jest wliczona w cenę zabiegu.
12. Zgadza się na przeniesienie go do właściwego oddziału stacjonarnego zgodnie z decyzją lekarza operującego lub lekarza anestezjologa, jeżeli wymagałby tego jego stan zdrowia.
13. 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.
14. 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)
15. 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.
16. 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 wypadku niemożności polubownego załatwienia sporu właściwym do rozstrzygnięcia jest sąd właściwy według powszechnie obowiązujących przepisów prawa.
3. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

.....
(Pacjent)

.....
(Lekarz operujący)