

UMOWA
o odpłatne udzielanie świadczeń zdrowotnych

zawarta w dniu pomiędzy:
SZPITALEM WOJEWÓDZKIM IM. ŚW. ŁUKASZA SP ZOZ W TARNOWIE

z siedzibą w Tarnowie, ul. Lwowska 178a, 33-100 Tarnów, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000027124, NIP: 873-27-13-732, REGON: 850052740

zwanym w dalszej części umowy „Szpitalem”,
reprezentowanym przez:

Dyrektor Szpitala - **Anna Czech**

a
Panią/Panem
zam.....PESEL.....
legit. się dowodem osobistym/paszportem.....zwanym w dalszej części umowy „Pacjentem”

§1

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest udzielenie Pacjentowi świadczenia zdrowotnego poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, odpłatnie, zgodnie z uprawnieniem do udzielania odpłatnie świadczeń zdrowotnych przyznanym Szpitalowi w Statucie Szpitala. Podstawę do zawarcia niniejszej umowy stanowi pisemny wniosek Pacjenta o wykonanie odpłatnego zabiegu.
2. Udzielenie świadczenia zdrowotnego zwanego dalej zabiegiem, polegać będzie na wykonaniu zabiegu operacyjnego polegającego na:

§2

1. Szpital oświadcza, że zabieg, o którym mowa w §1 wykonany będzie osobiście przez wybranego przez Pacjenta lekarza, który wyraził na jego przeprowadzenie zgodę.
2. Planowany termin zabiegu ustala się na dzień: Planowany termin zabiegu w wyjątkowych przypadkach może ulec zmianie.
3. Wszelkie informacje uzyskać można pod nr tel. 14

§3

1. Przed przystąpieniem do udzielenia świadczenia zdrowotnego Lekarz informuje Pacjenta o planowanej technice przeprowadzenia zabiegu operacyjnego, ewentualnej konieczności udzielenia dodatkowych świadczeń medycznych, niezbędnych dla zgodnej ze sztuką lekarską i aktualną wiedzą medyczną realizacji świadczeń zdrowotnych oraz o skutkach ubocznych zabiegu operacyjnego i możliwych powikłaniach.
2. W oparciu o informacje, o których mowa w ust. 1, Pacjent podpisuje formularz świadomej zgody na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego oraz oświadczenie o zgodzie dotyczące rodzaju znieczulenia.
3. Podpisanie zgody na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego jest równoznaczne ze złożeniem oświadczenia, że Pacjent został zapoznany z techniką operacji, możliwością wykonania uzupełniających świadczeń zdrowotnych, koniecznych dla zapewnienia prawidłowego procesu diagnostyczno-terapeutycznego, skutkami ubocznymi zabiegu i możliwymi komplikacjami, a także, że Pacjent przekazane informacje zrozumiał, nie ma dalszych pytań i wyraża zgodę na ten zabieg.
4. Odmowa podpisania formularza zgody na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego lub zgody na planowane znieczulenie jest równoznaczne z odstąpieniem od niniejszej umowy.

§4

1. Szpital oświadcza, że świadczeń zdrowotnych, o których mowa w § 1 udzielać będą wyłącznie osoby wykonujące zawód medyczny, posiadające uprawnienia i kwalifikacje zawodowe oraz spełniające wymagania zdrowotne określone w odrębnych przepisach.
2. Szpital oświadcza, że pomieszczenia, w których wykonywane będą świadczenia zdrowotne oraz ich wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną odpowiadają wymogom aktualnie obowiązujących przepisów w tym zakresie.

3. Szpital oświadcza, że posiada polisę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.
4. Szpital zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych z należytą starannością, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej.
5. Pacjent zobowiązuje się do stawienia w Szpitalu w wyznaczonym dniu i godzinie.

§5

1. Za wykonanie zabiegu Pacjent zobowiązuje się zapłacić Szpitalowi wynagrodzenie w wysokości słownie:
2. Wynagrodzenie obejmuje koszt:
 - a) przygotowania do zabiegu;
 - b) wykonania zabiegu z zastosowaniem określonych wyrobów medycznych;
 - c) pobytu w Szpitalu (w sali kilkuosobowej), obejmującego czas wynikający ze wskazań lekarskich, nie dłużej niż jest to określone w Cenniku Usług Medycznych obowiązującego w Szpitalu;
 - d) koszt wyżywienia szpitalnego na okres planowanego pobytu w Szpitalu;
 - e) sporządzenie dokumentacji medycznej z wykonanego zabiegu oraz innych uzyskanych świadczeń zdrowotnych.
3. Pacjent oświadcza, że został poinformowany o możliwości uzyskania świadczenia nieodpłatnie, finansowanego ze środków publicznych i świadomie z tego rezygnuje oraz decyduje się na odpłatne otrzymanie niniejszego świadczenia zdrowotnego.
4. Pacjent oświadcza ponadto, że jest świadomy, że zabieg objęty niniejszą umową nie będzie podlegał refundacji ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia oraz że nie może się ubiegać o refundację jego kosztów. Nadto, oświadcza, że z tego tytułu nie będzie rościł sobie praw do ubiegania się od Szpitala o zwrot uiszczanego wynagrodzenia lub o obniżenie kwoty wynagrodzenia.

§6

1. Wynagrodzenie za wykonanie zabiegu, o którym mowa w §1 ust. 2 Pacjent jest zobowiązany wpłacić przed przystąpieniem do wykonania zabiegu.
2. Wynagrodzenie może zostać wpłacone na rachunek bankowy Szpitala w w takim terminie żeby w dniu wykonania zabiegu kwota wynagrodzenia znajdowała się na rachunku bankowym Szpitala.
3. Wynagrodzenie uzupełniające Pacjent zobowiązuje się dopłacić w terminie 14 dni od dnia otrzymania wezwania do zapłaty. W razie niezapłacenia wynagrodzenia uzupełniającego w terminie, szpitalowi należą się odsetki ustawowe za opóźnienie.
4. Na żądanie Pacjenta Szpital jest zobowiązany wystawić fakturę.
5. W przypadku zapłacenia Szpitalowi za świadczenie zdrowotne (zabieg) i wystąpieniu medycznych przesłanek powodujących rezygnację z przedmiotowego świadczenia zdrowotnego – wpłacona przez Pacjenta kwota zostanie mu w całości zwrócona na wskazany we wniosku pacjenta numer konta.

§7

1. Strony oświadczają, że informacje o stanie zdrowia, proponowanych i możliwych metodach leczniczych, rokowaniu, ryzyku oraz zgoda pacjenta na zabieg zostaną sporządzone w osobnych dokumentach, zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami w tym zakresie.
2. Strony wyłączają odpowiedzialność Szpitala za pogorszenie się stanu zdrowia Pacjenta w przypadku niezastosowania się Pacjenta do zaleceń lekarza prowadzącego.

§8

W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową ma zastosowanie Kodeks Cywilny.

§9

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

§7

Sprawy sporne, które mogą wyniknąć w związku z zawarciem i wykonaniem niniejszej umowy będą rozpoznawane przez Sąd miejscowo właściwy dla Szpitala.

SZPITAL

PACJENT

Tarnów, dnia

.....
Imię i Nazwisko Pacjenta

.....
Adres Pacjenta

**SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. ŚW.
ŁUKASZA SP ZOZ**

ul. Lwowska 178a,
33-100 Tarnów

**WNIOSEK
o wykonanie odpłatnego zabiegu**

Niniejszym proszę o przeprowadzenie zabiegu polegającego na:

.....
.....

Zobowiązuje się za zabieg zapłacić kwotę zgodną z cennikiem Szpitala za odpłatne świadczenia zdrowotne.

Oświadczam, że jest mi wiadomo, że ten zabieg, można wykonać nieodpłatnie ze środków publicznych Narodowego Funduszu Zdrowia, w ramach mojego ubezpieczenia zdrowotnego, ale z tej możliwości rezygnuję. Podpisując niniejszy wniosek oświadczam, iż nie będę występował do Narodowego Funduszu Zdrowia o zwrot poniesionych kosztów.

Świadomie i z własnego wyboru decyduję się za ten zabieg zapłacić.

.....
/czytelny podpis/

