**г. Владивосток « \_\_\_\_»­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_г.**

**Договор №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**на оказание платных медицинских услуг по программе «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»**

***ООО «Медицинский центр Доверие»****, Лицензия: ЛО 25-01 - 002624, выданная 12.03.2015 года департаментом здравоохранения Приморского края, г. Владивосток ул. 1-ая Морская, 2, телефон: (423) 241-35-14, регистрационный номер 1112539004654; Свидетельство о регистрации юридического лица: серия 25 № 003530623, выдан инспекцией Федеральной налоговой службы по Советскому району г. Владивостока 31 мая 2011 ОГРН: 1112539004654,* в лице директора Аникиной Ольги Леонидовны, Действующей на основании Устава (далее – Исполнитель), с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(далее – Заказчик), с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **Предмет договора**
	1. По настоящему договору Исполнитель оказывает Заказчику медицинские услуги в отношении несовершеннолетнего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, оговоренные программой медицинского наблюдения

(Приложение №1) на условиях настоящего договора, Заказчик, в свою очередь, оплачивает оказываемые услуги согласно стоимости медицинских услуг (Приложение №2 к договору).

* 1. Объем оказываемых услуг, предоставляемых Исполнителем, определяется программой.
	2. Срок оказания услуг \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Срок оказания услуг определятся в зависимости от вида оказываемых услуг.
1. **Права и обязанности сторон**
	1. **Исполнитель обязуется:**

**-** оказывать Заказчику квалифицированную, качественную медицинскую помощь в установленном договором срок и в объеме программы, являющейся неотъемлемой частью настоящего договора;

**-** обеспечит участие высококвалифицированного медицинского персонала для оказания медицинской помощи в рамках выполнения обязательств по программе медицинского наблюдения (приложение №1);

**-** предоставить Заказчику бесплатную, доступную, достоверную информацию по предоставляемым медицинским услугам;

**-** информировать Заказчика о возможности наступления вредных (побочных) эффектов медицинского вмешательства и осложнений, способных нанести вред здоровью пациента;

**-** вести учет видов, объемов и сроков оказания услуг клиентам, вести учет лиц, которым Исполнителем оказана медицинская помощь;

**-** поддерживать необходимый санитарно-гигиенический, противоэпидемический, организационно-хозяйственный режим в помещениях Исполнителя;

**-** проводить все расчетные и финансовые операции, связанные с предметом настоящего договора,, вести бухгалтерский учет, своевременно составлять отчетность;

**-** вести учет денежных средств, поступающих от Заказчика**.**

**2.2 Исполнитель имеет право:**

**-** самостоятельно определять объем медицинских исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе не предусмотренной договором и при возникновении неотложных ситуаций;

**-** пересматривать (утверждать) цены на медицинские услуги, оказываемые в рамках настоящего договора, и вводить дополнительные медицинские услуги, пересматривать условия программ.

**2.3. Заказчик обязуется:**

**-**предоставить документы, удостоверяющие личность, подтверждающие домашний адрес, телефон и другие документы, необходимые для заключения договора на предоставление медицинских услуг;

**-** предоставить врачу данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии), а также сообщить все известные им сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, наследственных, венерических, психических и других заболеваниях в семье, иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения, включая информацию о злоупотреблении алкоголем, наркотическими препаратами или токсическими веществами;

**-** своевременнооплачиватьоказаниеИсполнителем медицинских услуг в размерах и сроки, указанных в п. 4 настоящего договора;

**-** являться на лечение и назначенные медицинские осмотры в соответствии с врачом время, строго выполнять все назначения, предписания, рекомендации специалистов, оказывающих медицинскую помощь;

**-** при невозможности явиться в установленное врачом время заранее уведомить об этом Исполнителя;

**-** при появлении каких-либо вредных (побочных) явлений в процессе лечения, пациенту (Заказчику) необходимо немедленно информировать об этом исполнителя;

**-** соблюдать Правила внутреннего распорядка в помещениях Исполнителя, техники безопасности, пожарной безопасности.

**2.4. Заказчик имеет право:**

**-** на предоставление информации о медицинской услуге;

**-** знакомиться с документами, подтверждающими специальную правоспособность Исполнителя и его врачей.

**2.5. Заказчик имеет право:** в случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Заказчика. Без согласия Заказчика Исполнитель не вправе предоставить дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

**2.6.** Исполнителем после исполнения договора выдаются Заказчику (законному представителю Заказчика) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

**3. Информация о предоставляемой медицинской услуге**

**3.1.** Исполнитель имеет лицензию на данный вид медицинской помощи: Лицензия ЛО 25-01 - 002624, выданная 12 марта 2015 года регистрационный номер 1112539004654 Федеральной службой по надзору в сфере развития здравоохранения и социального развития.

**3.2.** Оказываемая медицинская услуга представляет собой закрепление за физическим лицом личного доверенного врача, имеющего сертификат специалиста.

**3.3.** С учетом технологии выполнения медицинской услуги Заказчик должен осознавать вероятность вредных (побочных) эффектов медицинского вмешательства и осложнений, способных причинить вред здоровью пациента.

**3.4.** Заказчик письменно подтверждает свое ознакомление с дополнительной информацией об особенностях данной медицинской услуги и условиях ее предоставления.

**3.5.** В случае выявления необходимости Заказчику дополнительных лечебно-диагностических мероприятий, непредусмотренных планом обследования и лечения, с согласия Заказчика до оказания медицинской помощи стороны подписывают соглашение к настоящему договору с оплатой по утвержденному прейскуранту. В заключаемом дополнительном соглашении предусматривается объем дополнительной медицинской помощи, условия, стоимость и сроки ее предоставления.

**3.6.** Отказ Заказчика от продолжения обследования или лечения на указанных условиях, представленный в письменной форме, влечет прекращение оказания услуг Исполнителем.

**3.7.** Пациент предупрежден о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы гос. гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

**4. Стоимость услуг и порядок расчетов**

**4.1.** Стоимость оказываемых медицинских услуг определяется Стоимостью медицинских услуг (Приложение № 2), утвержденной директором, согласно прилагаемой к настоящему договору программы и составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей,

**4.2.** Утвержденные в установленном порядке тарифы на медицинские услуги, указанные в стоимости, включают в себя стоимость расходных материалов и оплату работы специалистов (врачей).

**4.3**. Расчеты между Сторонами ведутся в российских рублях.

**4.4.** Оплата за оказанные медицинские услуги возможна путем внесения наличных денежных средств в кассу, либо перечислением денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

**4.5.** Оплата производится Заказчиком в соответствии с выбранной программой в день заключения договора путем предоплаты в 100% размере.

**4.6.** Оплата за оказание медицинской услуги по программе медицинского наблюдения производится непосредственно в офисе компании Исполнителя при расчете наличными денежными средствами.

**4.7.** Расчет за оказание услуги при помесячной оплате производится Заказчиком в соответствии с выбранной программой до \_\_\_\_\_\_\_\_ числа текущего месяца за следующий календарный месяц.

**4.8.** В случае невозможности исполнения, возникшей по вине Заказчика, Заказчик возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы.

**4.9.** Договор оплачивается по цене, с согласия сторон, а стоимость услуги признается рыночной ценой.

**5. Ответственность сторон и порядок разрешения споров**

**5.1.** Спорные ситуации, возникающие между Исполнителем и Заказчиком по настоящему договору, разрешаются путем переговоров. В случае не достижения соглашения, стороны вправе обратиться в судебные органы в соответствии с действующим законодательством РФ.

**5.2.** До обращения в суд по поводу качества оказанных услуг стороны вправе договориться о проведении независимой экспертизы. При этом оплату экспертизы производит та сторона, которая инициирует ее проведение.

**5.3.** До обращения в судебные органы по поводу разрешения спорной ситуации, обязательно предъявление претензии, которое рассматривается другой стороной в течение 10 дней.

**5.4.** Исполнитель не несет ответственности по договору при неисполнении Заказчиком (пациентом), принятых по настоящему договору обязательств, в частности, не выполнении либо нарушении рекомендаций, предписаний и назначений врача, пропуске назначенных врачом приемов, медицинских осмотров, консультаций специалистов, бесконтрольным самолечением, нарушении предписанного врачом режима, несоблюдении оплаты медицинских услуг и несообщении недостоверной информации по поводу аллергических реакций, наследственных, венерических заболеваниях и проч., указанных во 2-м абзаце п. 2.3. настоящего договора.

**5.5.** В случае нарушения Заказчиком (пациентом) медицинских предписаний Исполнитель вправе отказать такому Заказчику в дальнейшем предоставлении медицинских услуг. Исполнитель возвращает оплаченную Заказчиком стоимость оказанных медицинских услуг с учетом фактически понесенных расходов. В случае отказа от предоставления медицинской помощи стороны составляют акт с указанием объема фактически оказанных услуг, который подписывается обеими сторонами.

**5.6.** При обращении заказчиком в процессе его обследования и лечения у Исполнителя в другие медицинские учреждения по вопросу лечения, Исполнитель не несет ответственности за действия врачей других медицинских учреждений.

**5.7.** Исполнителю возмещаются понесенные им затраты, в случае вынужденного прекращения оказания услуг по вине Заказчика.

**5.8**.При просрочке Заказчиком платежа, превышающей 7 дней, Исполнитель вправе приостановить оказание услуг в рамках настоящего договора до полной оплаты медицинских услуг. В случае неоплаты медицинских услуг в течение 7 дней после приостановления действия договора, исполнитель вправе расторгнуть его в одностороннем порядке.

**5.9.** Исполнитель возмещает Заказчику причиненный ему вред в полном объеме в результате ненадлежащего оказания медицинских услуг, в случае если факт ненадлежащего оказания медицинской услуги будет установлен независимой экспертизой.

**5.10.** Исполнитель не несет ответственности за вред, причиненный Заказчику в результате ненадлежащего оказания медицинских услуг, в случае нарушения Заказчиком своих обязательств, предусмотренных п. 2.3. настоящего договора.

**6. Обстоятельства, освобождающие от ответственности**

**6.1.** Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему договору в результате непреодолимой силы или других форс-мажорных ситуаций (например: стихийные бедствия, эпидемии, стихийные бедствия, эпидемии, эпизоотии и т.п.), делающих невозможным выполнение ранее взятых на себя сторонами обязательств по настоящему договору.

**7. Срок действия договора и порядок расторжения договора**

**7.1.** Договор заключен на неопределенный срок и действует с момента его подписания обеими сторона либо до полного выполнения обязательств по договору.

**7.2.** Договор расторгается после полного выполнения сторонами принятых на себя обязательств по настоящему договору или по соглашению сторон.

**7.3.** Стороны вправе расторгнуть договор в одностороннем порядке, в случае невыполнения одной из сторон принятых на себя обязательств по договору в соответствии с действующим законодательством РФ.

**8. Конфиденциальность**

**8.1.** Стороны берут на себя обязательства по соблюдению конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

**8.2.** Передача конфиденциальной информации третьим лицам или ее разглашение может осуществляться только с согласия другой стороны.

**8.3.** Конфиденциальной по настоящему договору признается информация о заболеваниях пациента, о результатах исследований, о выплатах за услуги, оказанных Исполнителем Заказчику, а также иная информация, разглашение которой может причинить вред интересам сторон.

**9. Прочие условия**

**9.1.** Приложениями к настоящему договору являются:

1. Приложение №1 – Программа медицинского наблюдения

2. Приложение №2 – Стоимость медицинских услуг, оказываемые Исполнителем

**9.2.** Все приложения, дополнения, иные изменения к настоящему договору являются неотъемлемой частью и составляются в письменной форме.

**9.3.** При выполнении настоящего договора стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

**9.4.** Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой стороны.

**9.5.** Если по истечении срока действия настоящего договора стороны не заявят о прекращении его действия, то договор считается продленным на следующий год.

**10. Информационное согласие**

**Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

по доброй воле согласен(а) с условиями настоящего договора. Мне предоставлена информация об оказываемых Исполнителем медицинских услугах, сделав выбор, прошу оказать данную услугу на вышеперечисленных условиях.

 **11. Адреса и реквизиты сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:** | **Заказчик:** |
| ООО «Медицинский центр «Доверие»Юр.адрес: г.Владивосток, ул. Кирова 25 « Г»ИНН/КПП 2539115238/253901001Р/С 30101810900000000705ОАО «Дальневосточный банк» г.ВладивостокаБИК 040507705Директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Аникина О.Л. | Фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Законного представителяПаспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Фактическое место проживания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Тел. дом.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Тел. моб. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 **Приложение №1**

**к договору на оказание медицинских услуг**

 **№ \_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.**

 **Программа: Личный педиатр « \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ » на дому/в клинике/пригород**

* + - * + ***Программы медицинского наблюдения***
		- Личный педиатр «Премиум» на дому (5000)
* Личный педиатр «Премиум» пригород (6000)
* Личный педиатр «Оптимум» в клинике (до 1 года) (3200)
* Личный педиатр «Оптимум» в клинике (после 1 года) (3000)
* Если Ваш ребенок заболел (2800)
* Медицинское наблюдение осуществляется личным врачом-педиатром.
* Дополнительные осмотры на дому или в клинике оплачиваются согласно стоимости медицинских услуг (приложение №2).
* Педиатр проводит обучение родителей навыкам ухода за ребенком: купание, режим, питание и др.
* Доктор может пригласить ребенка на осмотр в клинику, имея на это уважительные причины (вакцинация, осмотры узких специалистов, анализы и др.).
* Наблюдение ребенка на дому проводится по адресу, указанному в договоре. В случае смены места жительства, пожалуйста, своевременно сообщите новый адрес администраторам.
* Вызов, прием в выходные и праздничные дни обеспечивает дежурный врач ООО «МЦ Доверие». Клиника гарантирует конфиденциальность информации, касающейся состояния здоровья Вашего ребенка.
* У нас существует возможность выбора врача.
* В период отпуска, повышения квалификации личного педиатра осмотры ребенка проводит назначенный заместитель.

***Сотовая связь с вашим личным доктором:***

* Представителю ребенка выдается карточка, где указано ФИО, сотовый телефон Вашего личного педиатра.
* Количество консультаций по телефону не ограничено.
* **Личный педиатр (с 9.00 - 18.00 будние дни)** – В случае, если у педиатра недоступен телефон (в дороге, осмотр ребенка и т.д.), а Вам необходима помощь, пожалуйста, перезвоните в Клинику, где Вы можете обратиться к дежурному врачу, либо оставить информацию своему личному педиатру.
* **Дежурный педиатр (до 18.00 будние дни; 10.00 – 15.00 воскресенье, праздничные дни)**
* ***Оформление листков нетрудоспособности: л***исток нетрудоспособности оформляется на любого члена семьи, осуществляющему уход за ребенком.
* ***Ведение медицинской документации: амбулаторной карты ребенка***
* Медицинская карточка ребенка оформляется лечащим врачом, всегда находится в клинике

«МЦ Доверие», является собственностью лечебного учреждения и **на руки** **не выдается** (приказ Министерства здравоохранения №255 от 22.11.2004 г.).

* В день посещения доктора, представителям ребенка выдается на руки копия бланка «Осмотр педиатра».
* В день первой вакцинации ребенка выдается **Прививочный сертификат**, который необходимо брать с собой при следующих посещениях кабинета вакцинопрофилактики.
* Педиатр оформляет справки в детские дошкольные, школьные учреждения, для посещения бассейна, оздоровительно-физкультурных учреждений.

***Педиатрическая помощь с 9.00 до 18.00, в выходные и праздники с 10.00 до 15.00***

* Медицинские программы, предусмотренные в клинике «МЦ Доверие» не предусматривают оказание медицинской помощи с 18.00 вечера до 9.00 часов утра (вечернее, ночное время суток), сотовая связь с личным педиатром с 9.00 до 22.00 часов.
* «Медицинский центр Доверие» **не оказывает экстренную медицинскую помощь**. В случаях возникновения заболеваний, требующих экстренную медицинскую помощь, необходимо обратиться в МУЗ Станцию скорой медицинской помощи г. Владивостока по телефону 03 (с сотового 030) и утром сообщить своему педиатру.

***При заключении договора по программам «МЦ ДОВЕРИЕ» на длительный срок, действуют скидки***

* Продление сроков действия договора, в случае отсутствия пациента более двух недель (отпуск за пределами города, отъезд), возможно только при заблаговременном (до отъезда) предоставлении заявления и не чаще двух раз в год. При этом телефонные консультации не осуществляются. В случае отсутствия заявления и оплаты за следующий месяц наблюдения, договор расторгается в одностороннем порядке.
* Для решения организационных вопросов – расписание работы клиники, возможность сметы доктора и т.д. обращайтесь к администраторам клиники по телефонам: 267-61-30, 267-61-50 или непосредственно по адресу ул. Кирова, 25 «Д», «Г».
* Режим работы процедурного кабинета и кабинета вакцинопрофилактики см. в приложении №2.
* Дополнительные медицинские услуги, оказываемые «МЦ Доверие», указаны в приложении №2 (стоимость медицинских услуг). Данные медицинские услуги оказываются **только по желанию** родителей.
* При возникновении вопросов **качества медицинской помощи**, Вы всегда можете обратиться к директору, главному врачу, в офис клиники или написать обращение к директору на **сайте**

**mc-doverie.anikina@yandex.ru****, www.doverie-med.ru**

 **Приложение №2**

**к договору на оказание медицинских услуг**

**№ \_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_» \_\_\_­­­\_\_\_\_\_\_20 г.**

***Стоимость медицинских услуг***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Медицинское наблюдение****по программе** | **1 месяц** | **При оплате единовременно** |
| **3 месяца** | **6 месяцев** | **12 месяцев** |
| **Личный педиатр****« Премиум »****на дому** | **5000** | **14250****скидка 5%** | **27000** **скидка 10%** | **51000****скидка 15%** |
| **Личный педиатр****« Премиум »****пригород на дому** | **6000** | **17100** **скидка 5%** | **32400** **скидка 10%** | **61200** **скидка 15%** |
| **Личный педиатр «Оптимум»****в клинике** **(до 1 года)** | **3200** | **9120****скидка 5%** | **17280** **скидка 10%** | **32640** **скидка 15%** |
| **Личный педиатр «Оптимум»****в клинике** **(после года)** | **3000** | **8550****скидка 5%** | **16200** **скидка 10%** | **30600****скидка 15%** |
| **Если ваш ребенок заболел** | **2800** | **-** | **-** | **-** |

***Если у ребенка есть личный педиатр из «МЦ Доверие» - СКИДКА 10% на услуги клиники***

 (анализы и вакцинопрофилактика – не действует)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Медицинская услуга | Программы медицинскогонаблюдения | Нет личногопедиатра |
| Осмотр ребенка двумя или более узкими специалистами в возрасте\* | **1 месяц:** невролог,хирург, ортопед, окулист | 10% скидка | 1000Невролог 1400  |
| **3 месяца:** невролог,хирург, ортопед, окулист |
| **6 месяцев:** невролог, ортопед |
| **9 месяцев:** хирург, кардиолог |
| **12 месяцев:** невролог, ортопедхирург, лор, окулист, стоматолог | 10% скидка | 1200Невролог 1400 |
| Консультативный осмотр одним узким специалистом | 10% скидка | 1200 – 10001400 - 1200 |
| Консультативный осмотр ребенка старше 12 месяцев одним узким специалистом |
| Консультация (осмотр) ПЕДИАТРА в клинике Аникиной О.Л | без дополнительной оплаты | 1200-1000 |
| Консультация (осмотр) ПЕДИАТРА в клинике в выходной, праздничный день | без дополнительной оплаты | 1000 |
| Осмотр врача (для справки) в детский сад, школу, бассейн | без дополнительной оплаты | 400 |
| Заключение педиатра для мед. комиссии | без дополнительной оплаты | 1000 |
| Осмотр перед прививкой (наличие мед карты обязательно) | без дополнительной оплаты | 400 |
| Вызов на дом ПЕДИАТРА | 50% скидка (750) | 1500 |
| Вызов на дом ПЕДИАТРА пригород  | 50% скидка (850) | 1700 |
| Выписка из медицинской карты ребенка | без дополнительной оплаты | 800 |
| Бланк медицинской карты | без дополнительной оплаты | 200 |
| Оформление документации | без дополнительной оплаты | 800 |
| Оформление санитарно-курортных карт | без дополнительной оплаты | 1000 |

\*Приказ МЗ РФ №307 от 28.04.2008 Стандарт диспансерного наблюдения ребенка на первом году жизни

 ***Услуги процедурного кабинета***

|  |  |
| --- | --- |
| **Услуги процедурного кабинета** | **Стоимость** |
| Внутримышечная инъекция | 200 |
| Подкожная инъекция | 100 |
| Внутривенное вливание (струйное) без стоимости лекарственных средств | 300 |
| Внутривенное вливание (капельное) без стоимости лекарственных средств (до 1 часа) |  700 |
| Внутривенное вливание (капельное) с использованием медикаментов центра | 900 |
| Взятие крови из вены | 150 |
| Забор мазка | 75 |
| Забор крови из пальца | 100 |
| Измерение давления | 50 |
| Стоимость лабораторных исследований и о готовности результатов по телефону:  **8 - 914 – 329 – 68 – 42** Виктория Александровна, Людмила Александровна |  |

 *Примечание* расходный материал не входит в стоимость лабораторных исследований

  ***Вакцинопрофилактика***

ТАРИФЫ НА ВАКЦИНАЦИЮ – ООО “Медицинский центр Доверие”

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Название вакцины** | **Заболевание** | **Страна производитель** | **Стоимость** |
| Ваксигрипп | Грипп |  | 500 |
| Пентаксим | Дифтерия, столбняк, коклюш, полиомиелит, гемофильная инфекция | Франция | 1700 |
| Тетраксим | Дифтерия, столбняк, коклюш, полиомиелит | Франция | 1200 |
| Инфанрикс | Дифтерия, коклюш, столбняк | Бельгия | 1200 |
| Инфанрикс-Гекса | Дифтерия, коклюш, столбняк, полиомиелит, гемофильная инфекция, гепатит В | Бельгия | 2600 |
| Окавакс | Ветряная оспа | Япония | 1800 |
| Приорикс | Краснуха, корь, паротит | Бельгия | 700 |
| Полиорикс | Полиомиелит | Бельгия | 700 |
| Пневмо - 23 | Пневмококковая инфекция | Франция | 2000 |
| Превенар | Пневмококковая инфекция детям до 5 лет | Великобрит | 3200 |
| Синфлорикс  | Пневмококковая инфекция | Бельгия | 2700 |
| Энджерикс | Гепатит В | Бельгия | 500-дети700 -взр. |
| Энцепур | Клещевой энцефалит | Бельгия | 800 |
| Менцефакс | Менингококковая инфекция | Бельгия | 1650 |
| Полиомиелит | Полиомиелит (в каплях) | Россия | 200 |
| Хаврикс | Гепатит А |  | 800 - дети1000 - взр. |
| Гардасил | Вирус папилломы человека | Германия | 6500 |
| Церварикс | Вирус папилломы человека | Бельгия | 5500 |
| АДС-М | Дифтерия, столбняк | Россия | 350 |
| Хиберикс | Гемофильная палочка | Бельгия | 700 |
| Клещевой энцефалит | Клещевой энцефалит | Россия |  900 - дети 700 – взр. |
| Проба Манту | С оценкой реакции через 72 часа  | Россия | 700 |
| Паротитно-коревая | Корь, паротит | Россия | 300 |
| Краснуха | Краснуха | Россия | 300 |
| Аваксим | Гепатит А | Франция | 600 |
| Рота Тек | Ротовирусная инфекция | Франция | 2500 |

Внимание! Вакцинация ребенка осуществляется строго только после осмотра педиатра (или врача общей практики для взрослых) стоимость осмотра – 400 рублей, Пожалуйста, берите с собой ПРИВИВОЧНЫЙ СЕРТИФИКАТ! Прививка проводится при подписании информированного согласия.

 ***Ультразвуковая диагностика***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  *УЗИ органов брюшной полости* |  |  |
|  1 | УЗИ комплексное: печень, желчный пузырь, поджелуд. железа, селезенка | до 1 года | 1300 |
|  |  | после года | 1500 |
|  2 | УЗИ печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей | дети до 14взрослые |  700 900 |
|  3 | УЗИ печени, ж/пузыря с определением функции (желчегонный завтрак)Строго натощак, с собой принести сладкий сок или чай, или банан | всем | 1900 |
|  |  |  |  |
|  4 | УЗИ печени, ж/пузыря, поджел. железы, селезенки + почки | всем  | 1800 |
|  5 | УЗИ печени, ж/пузыря, поджел. железы, селезенки + почки + мочев.пузырь | всем  | 2100 |
|  6 | УЗИ поджелудочной железы | всем |  300 |
|  7 | УЗИ селезенки | всем |  300 |
|  8 | УЗИ надпочечников | всем |  500 |
|  |  |  |  |
|  9 | УЗИ почек и мочевого пузыря | всем |  750 |
| 10 | УЗИ почек | всем |  600 |
| 11 | УЗИ мочевого пузыря (остаточная моча) | всем |  500 |
|  |  |  |  |
| 12 | УЗИ желудка для детей до 1 года (кот.срыгивают, худеют) за 2 час не кормить!! | до 1 года | 1300 |
| 13 | УЗИ желудка для детей после года (натощак, принести 0,5 л сока или компота) | после 1 года |  700 |
|  |  *УЗИ поверхностных структур* |  |  |
| 14 | УЗИ лимфатических узлов | всем |  600 |
| 15 | УЗИ лимфатических узлов брюшной полости | всем |  400 |
| 16 | УЗИ слюнных желез | всем |  500 |
| 17 | УЗИ мягких тканей | всем |  500 |
| 17 | УЗИ придаточных пазух носа | всем |  600 |
| 19 | УЗИ щитовидной железы | всем |  700 |
| 20 | УЗИ вилочковой железы  | до 1 года |  500 |
| 21 | УЗИ глаз |  |  600 |
| 22 | УЗИ молочных желез ( с 7 по 9 день от первого дня менструации) |  | 1000 |
| 23 | УЗИ молочных желез + лимфатические узлы  |  | 1200 |
| 23 | УЗИ молочных желез детям  | до 3 летс 3 до 14 лет |  600 800 |
| 25 | Исследование внутренних органов доплером ( 1 органа)  |  |  800 |
|  |  *УЗИ сердечно-сосудистой системы* |  |  |
| 26 | УЗИ сердца (Эхокардиография сердца ( ЭХО КГ)  | без доплерас доплером | 18002300 |
| 27 | Дуплексное сканирование сосудов шеи | всем | 1500 |
| 28 | Дуплексное сканирование нижних конечностей (вены, артерии) | всем | 1500 |
| 29 | Дуплексное сканирование верхних конечностей (вены, артерии) | всем | 1500 |
| 30 | ЭКГ | всем |  500 |
|  |  *Нервная система* |  |  |
| 31 | УЗИ головного мозга (НСГ) | до 1 года |  900 |
| 32 | Скрининг (головной мозг, брюшная полость, почки, тазобедр. суставы) | всем | 1800 |
| 33 | Скрининг + УЗИ сердца | До 1 года | 2800 |
|  |  *УЗИ суставов* |  |  |
| 34 | УЗИ плечевого сустава | всем |  800 |
| 35 | УЗИ коленного сустава | всем |  900 |
| 36 | УЗИ тазобедренных суставов | до 1 годаостальным |  500 800 |
| 37 | Голеностоп  | всем |  800 |
| 38 | Ахилл  | всем |  700 |
|  | *УЗИ органов малого таза* |  |  |
| 39 | УЗИ матки, придатков трансабдоминально |  |  800 |
| 40 | УЗИ по беременности на поздних сроках |  | 1500 |
| 41 | УЗИ-контроль после прерывания беременности |  |  500 |
| 42 | УЗИ фолликуметрия 1 цикл |  |  600 |
| 43 | УЗИ плода 1 триместр (многоплодная бер-сть) | 1600 | 2000 |
| 44 | УЗИ плода 2 триместр (многоплодная бер-сть) | 2000 | 3000 |
| 45 | УЗИ плода 3 триместр (многоплодная бер-сть) | 2300 | 3400 |
| 46 | УЗИ мошонки | дети (до 14) |  800 |
| 47 | УЗИ предстательной железы ТА |  |  700 |
| 48 | УЗИ предстательной железы ТА + ТР (трансабдоминально, трансректально) |  | 1000 |
| 49 | УЗИ предстательной железы ТА, мочевого пузыря, остаточной мочи |  | 1500 |
| 50 | УЗИ полового члена |  |  600 |
|  | *Комиссия для поступления в детский сад, школу, в ВУЗ* |  |  |
| 51 | Мальчики (брюшная полость, почки, сердце, щитовидная железа, мошонка) |  | 3500 |
| 52 | Девочки (брюшная полость, почки, сердце, щитовидная железа, молочные железы, органы малого таза) |  | 3800 |

Примечание:

Брюшная полость – натощак!

Почки и мочевой пузырь – попить, чтобы мочевой пузырь был полным!

Если УЗИ делаем после обеда, за 2 – 3 часа до УЗИ не принимаем пищу, и не пьем воду

Желчный завтрак - строго натощак! Приносим с собой сладкий сок или чай, или банан

**Медицинские услуги ЛОР кабинета**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Прием ЛОР врача первичный | **1000** |
| 2 | Прием ЛОР врача повторный | **800** |
| 3 | Профосмотр | **800** |
| 4 | Промывание носа (с медикаментозным обеспечением) | **750** |
| 5 | Промывание уха (серные пробки) с одной стороны с двух сторон | **500****700** |
| 6 | Промывание миндалин (с медикаментозным обеспечением) | **800** |
| 7 | Обработка наружного слухового прохода | **200** |
| 8 | Обработка миндалин и слизистой зева | **200** |
| 9 | Продувание слуховых труб (по Политцеру) | **300** |
| 10 | Передняя тампонада полости носа (кровотечения) | **400** |
| 11 | Коагуляция кровоточащих сосудов полости носа и носовой перегородки раствором серебра | **400** |
| 12 | Удаление инородного тела из полости носа, уха | **400** |
| 13 | Блокада носовых раковин | **600** |
| 14 | Блокада заушная | **400** |
| 15 | Внутригортанные вливания ( с медикаментозным обеспечением) | **350** |
| 16 | Парацентез барабанной перепонки | **600** |
| 17 | Эндоскопия носа, носоглотки | **500** |
| 18 | Эндоскопия уха | **500** |
| 19 | Эндоскопия гортани | **500** |
| 20 | Ингаляция | **150** |
| 21 | Лазер | **250** |
| 22 |  Промывание и дренаж придаточных пазух носа катетером ЯМИК ( взрослые и дети с 8 лет)с одной стороныс двух сторон | **2500****4000** |

 ***Программы медицинского наблюдения***

* Ваш личный педиатр
* Сотовая связь с доктором
* Работаем до последнего посетителя, в выходные и праздники
* Листок нетрудоспособности
* Обязательный еженедельный осмотр педиатром\*
* При остром заболевании осмотры проводятся без дополнительной оплаты
* Возможность выбора врача

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Программа**  | **Приоритет**  | **Посещения**  | **Кол-во осмотров в месяц по заболеванию** |
| **Личный педиатр****« Премиум »****на дому** | **Экономия времени на дорогу****Осмотр в обычной домашней обстановке****Отсутствие возможности** **«подхватить инфекцию»****Врач не ограничен временными рамками приема** | **На дому в пределах города****(еженедельно до 1 месяца, далее 2 раза в месяц)** | **До выздоровления** |
| **Личный педиатр****« Премиум »****пригород** **на дому** **(со ст. Седанка)** | **На дому в пригороде****(еженедельно до 1 месяца, далее 2 раза в месяц)** | **До выздоровления** |
| **Личный педиатр «Оптимум»****в клинике (до 1 года)** | **Личный педиатр** | **В клинике****( 2 посещения**  **и одно заболевание)** | **До выздоровления** |
| **Личный педиатр «Оптимум»****в клинике** **(после года)** | **Личный педиатр** | **В клинике****( 2 посещения**  **и одно заболевание)** | **До выздоровления** |
| **Если ваш ребенок заболел** | **Личный педиатр** | **В клинике** | **До выздоровления** |

\*первый месяц наблюдения, далее плановые осмотры один раз в две недели.

***Скидки «Медицинского Центра Доверие»***

* При заключении договора по программам наблюдения в течение 3-х дней после выписки из роддома – скидка 10% (первый месяц наблюдения)
* Наблюдение по программам двух и более детей из одной семьи – скидка 10% в клинике, 25% на дому на второго ребенка
* Для детей, наблюдающихся в клинике более 2-х лет – скидка 10% по всем программам
* При одновременном посещении клиники двух и более детей из одной семьи – скидка 10%
* Скидки не суммируются.
* Скидки не распространяются на анализы, прививки, УЗИ, процедуры

 **mc-doverie.anikina@yandex.ru****,** [**www.doverie-med.ru**](http://www.doverie-med.ru)