

**Программа медицинского обслуживания «ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ от 1 до 3 лет»
(Амбулаторно-поликлиническое обслуживание) без выезда врача - педиатра на дом)**

г. Москва

« _____ » _____ Г

Акционерное Общество «Детская поликлиника на Ленинградке», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____ действующего на основании доверенности № _____ от _____, и **гражданин РФ _____,** именуемый в дальнейшем «Заказчик», действующий в интересах несовершеннолетнего _____, _____ года рождения, именуемый в дальнейшем «Пациент», заключили настоящее Соглашение о нижеследующем:

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Исполнитель предоставляет Заказчику (Пациенту) комплексное медицинское обслуживание по Программе «ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ от 1 до 3 лет», условия которой изложены в настоящем документе (далее – Программа).

1.2. Заказчик может пользоваться преимуществами Программы (в том числе скидками) если воспользуется медицинскими услугами, предусмотренными Программой, в комплексе (за исключением медицинских услуг, которые прямо указаны в Программе, как медицинские услуги от которых Заказчик вправе отказаться без аннулирования Программы, либо медицинских услуг, которые уже были оказаны Пациенту (ранее проведена вакцинация, или анализы получены в другом месте и т.п. В случае, если Заказчику была оказана только часть услуг из Программы, а от остальных услуг Программы Заказчик отказывается или уклоняется, то скидка **аннулируется** (не предоставляется), а услуги считаются оказанными в обычном порядке по обычным ценам Прейскуранта без предусмотренных Программой скидок.

В связи с этим сумма возврата денежных средств за не оказанные Заказчику услуги по Программе рассчитывается следующим образом: [сумма уплаченных Заказчиком в рамках Программы денежных средств] минус [стоимость фактически оказанных медицинских услуг, рассчитанная по Прейскуранту, действующему на дату оказания услуг, **без скидок**].

1.3. Срок действия Программы составляет 12 месяцев с момента ее подписания.

1.4. Оказание медицинских услуг в Поликлинике осуществляется по следующему графику: с понедельника по субботу – с 8-00 до 20-00 воскресенье – с 9-00 до 15-00, график работы в не рабочие праздничные дни определяется ежемесячно.

1.5. Плановые мероприятия, соответствующие возрасту 1, 2, 3 года входят в программу обслуживания, если в момент прикрепления возраст пациента составляет 1, 2, 3 года плюс 15 календарных дней. Указанные плановые мероприятия могут быть отменены по согласованию с родителями, если они уже проводились ранее (вакцинации, анализы и пр.)

1.6. В программу также входит услуга «подготовка и направление на плановую госпитализацию в больничные учреждения» (не более 1 раза за время действия программы), за исключением следующих лабораторных исследований: коагулограмма, определение группы крови и резус-фактора, скрининговое исследование на ВИЧ, сифилис. Транспортировка пациента в стационар и госпитализация осуществляется по полису ОМС. Выполнение программы также подразумевает выдачу листков нетрудоспособности по уходу за больным пациентом, медицинских справок по выздоровлению осуществляется в поликлинике.

II. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

2.1. Плановая медицинская помощь включает в себя оказание следующих медицинских услуг Пациенту, по следующему графику:

Возраст	Врач-специалист	Медицинские услуги	График	Порядок оказания медицинской помощи
1 год	Врач педиатр	осмотр пациента; сбор анамнеза; консультация врача-специалиста; письменное заключение врача-специалиста	1 раз	в поликлинике
	Невролог		1 раз	
	Травматолог – ортопед		1 раз	
	ЛОР - врач		1 раз	
	Офтальмолог		1 раз	
	Стоматолог		1 раз	
1 год 3 мес.	Врач педиатр	1 раз		
1 год 6 мес.	Врач педиатр	1 раз		

2 года	Врач педиатр	осмотр пациента; сбор анамнеза; консультация врача-специалиста; письменное заключение врача-специалиста	1 раз	В поликлинике
	Психотерапевт		1 раз	
	Стоматолог		1 раз	
	Логопед		1 раз	
3 года	Врач педиатр		1 раз	
	Невролог		1 раз	
	Хирург		1 раз	
	Травматолог-ортопед		1 раз	
	ЛОР		1 раз	
	Офтальмолог		1 раз	
	Стоматолог		1 раз	
	Логопед		1 раз	
	Гинеколог (девочкам)		1 раз	
	Уролог-андролог (мальчикам)		1 раз	

2.2.Предусмотренные программой графики планового осмотра узкими специалистами, проведение вакцинации и лабораторных исследований могут быть изменены по медицинским показаниям (заменены на индивидуальный график).

2.3. Врачи-специалисты и/или средний медицинский персонал могут оказывать медицинскую помощь, не входящую в программу, при наличии возможности, за наличный расчет согласно прейскуранту, действовавшего на дату оказания медицинской услуги.

2.4.Внеплановая медицинская помощь оказывается сверх плановой по медицинским показаниям и/или по назначению лечащего врача и включает в себя оказание следующие медицинские услуги:

Оказываемые медицинские услуги	Врач	Количество приемов	Порядок оказания медицинской помощи
контроль показателей физического развития, рекомендации по рациональному питанию, физическому и психомоторному развитию, обучение родителей навыкам массажа, разработка индивидуальной медицинской программы и плана с указанным ниже графиком	Врач педиатр	без ограничений	В поликлинике
Осмотр в случае острого заболевания	Врач-педиатр	без ограничений	
Осмотр в случае острого заболевания	ЛОР-врач	без ограничений	
Проведение малых хирургических операций (вскрытие фурункула, абсцесса, удаление доброкачественных образований (атерома, фиброма), разделение синехий половых губ)	Хирург, дерматолог	не более 2-х раз за время действия программы	
Проведение ЛОР-санации очагов инфекции (промывание носа методом перемещения, промывание лакун миндалин, продувание ушей по Политцеру, массаж барабанных перепонок)	ЛОР-врач	не более 2-х раз за время действия программы.	
консультация и осмотр	Хирург	1 раз	
	Травматолог-ортопед	1 раз	
	Невролог	1 раз	
	Аллерголог-иммунолог	1 раз	
	Гастроэнтеролог	1 раз	
	Гинеколог	1 раз	
	Дерматолог	1 раз	
	Инфекционист	1 раз	
	Кардиолог	1 раз	
	Нефролог	1 раз	
	ЛОР -врач	1 раз	
	Окулист	1 раз	
	Травматолог-ортопед	1 раз	
Уролог	1 раз		
Физиотерапевт	1 раз		

консультация и осмотр	Хирург	1 раз	В поликлинике
	Эндокринолог	1 раз	
Физиотерапия	Медсестра ФТ	не более 10 сеансов	
Массаж	Массажист	не более 10 сеансов	

III. ВАКЦИНАЦИЯ

3.1. Вакцинация пациента, включая осмотры врача-педиатра перед вакцинацией, проводится в объёме и в сроки, регламентированные национальным календарём профилактических прививок, всеми сертифицированными вакцинами, включая вакцины импортного производства, по медицинским показаниям и назначению врача-педиатра, в поликлинике.

Введение вакцин вне национального календаря прививок осуществляется по медицинским показаниям, по назначению врача-педиатра, за наличный расчёт, со скидкой 5% на стоимость вакцины

3.2. Проведение прививок (Вакцинопрофилактика) согласно графику плановой вакцинации¹:

Возраст	Вакцина	Порядок проведения
1 год 3 мес.	- ревакцинация против пневмококковой инфекции	в поликлинике
1 год 6 мес.	- 1 ревакцинация против - коклюша, дифтерии, столбняка, - полиомиелита живой вакциной	в поликлинике
1 год 8 месяцев	- 2 ревакцинация против полиомиелита живой вакциной	в поликлинике
2 года	- реакция Манту	в поликлинике
3 года	- реакция Манту	в поликлинике
1 раз в год в эпидсезон (осенью)	- вакцинация против гриппа	в поликлинике

3.3. Предусмотренные программой графики планового осмотра узкими специалистами, проведение вакцинации и лабораторных исследований могут быть изменены по медицинским показаниям (заменены на индивидуальный график).

IV. ИССЛЕДОВАНИЯ

4.1. Плановые исследования согласно графику:

Возраст	Анализы	Количество исследований	Порядок оказания медицинской помощи ²
1 год	Общий анализ крови, общий анализ мочи, глюкоза	1 раз	Лабораторные исследования проводятся в поликлинике
	ЭКГ		
3 года	Общий анализ крови, общий анализ мочи, глюкоза	1 раз	Лабораторные исследования проводятся в поликлинике

4.2 Предусмотренные программой графики планового осмотра узкими специалистами, проведение вакцинации и лабораторных исследований могут быть изменены по медицинским показаниям (заменены на индивидуальный график).

4.4. Внеплановые исследования по медицинским показаниям и/или по назначению лечащего врача включают в себя оказание следующих медицинских услуг Пациенту:

Наименование исследования	Количество исследований	Порядок выполнения исследований
Клинический анализ крови, мочи, кала	12 раз за время действия программы	в поликлинике
	перед вакцинацией (по усмотрению врача-педиатра)	
Микробиологические исследования (посев кала, мочи, крови, мазки из носа и зева)	5 исследований за время действия программы	

¹ При наличии медицинских противопоказаний вакцинация проводится по индивидуальному календарю прививок. Индивидуальный график вакцинации ограничивается сроками действия договора.

² Забор крови, мазков на анализ производится в поликлинике. Кал и моча на анализ доставляются родителями пациента в поликлинику самостоятельно пн-сб до 19.30., в воскресенье до 12.00

сывороточные иммуноглобулины (А, М, G, Е общий)	1 раз за время действия программы	в поликлинике
АТ к тиреоидной пероксидазе		
Специфические аллергены	5 аллергенов за время действия программы	
обнаружение ротавируса в кале		
обнаружение аденовируса в кале		
вирус простого герпеса 1 типа		
цитомегаловирус		
вирус Эпштейн-Барра		
коклюш		
корь		
краснуха		
паротит		
К наиболее часто встречаемым простейшим лямблиям	1 раз за время действия программы	
К наиболее часто встречаемым простейшим токсоплазме		
комплексу гельминтозов (описторхоз, эхинококкоз, токсокариоз, трихинеллез)		
К аскаридам		
хламидия		
микоплазма пневмонии	2 раза за время действия программы	
К возбудителю кандидоза (антитела к грибам рода кандиды)	1 раз за время действия программы	
ПЦР-диагностика	2 раза за время действия программы	
Биохимические исследования крови, мочи или кала	2 раза за время действия программы	
Микроскопические исследования: отделяемое мочеполовых органов, в том числе гинекологические мазки, отделяемое уха, носа, глаз, ногтей, волос	5 исследований за время действия программы	
ИФА-диагностика гепатитов	3 параметра за время действия программы	
Гормоны – только гормоны щитовидной железы	3 параметра за время действия программы	
Рентгенологические исследования	без ограничений	
Ультразвуковые исследования	2 исследования каждого вида за время действия программы,	
НСГ	по назначению врача-невролога.	
ЭКГ	без ограничений	

V. ЧТО НЕ ВХОДИТ В ПРОГРАММУ

5.1. Настоящей программой не предусмотрено предоставление медицинской помощи, не предписанной лечащим врачом, обследование по требованию заказчика, наблюдение и лечение пациента в случае отказа от госпитализации, а также в случае травмы или ее последствиях, иммунопрофилактика по эпидемическим показаниям пациентам, выезжающим за рубеж.

5.2. В рамках программы не оказываются следующие виды медицинской помощи: все виды аппаратного лечения заболеваний глаз; зондирование слезных путей; все виды косметических услуг: удаление бородавок, гемангиом, невусов, контактных моллюсков; проведение МРТ; проведение МСКТ, проведение гастроуденоскопии; эндоскопия носоглотки; дуплексное сканирование сосудов; аудиометрия; лечение с использованием радиохирургического метода на аппарате «Сургитрон»; обследования и оформление любых справок, кроме справок в ДДУ и школу; выдача справок по состоянию здоровья на дому; оформление посылного листа на МСЭ; косметология; стоматология (за исключением профилактического осмотра врача стоматолога 1 раз за время действия программы); определение онкомаркеров; гистологические лабораторные исследования; гормональные лабораторные исследования (кроме гормонов щитовидной железы); определение антител, необходимых для диагностики аутоиммунных заболеваний; коагулограмма, определение группы крови, резус-фактора, скиринговое исследование на ВИЧ, сифилис; подбор корректирующих медицинских устройств и приспособлений (подбор очков, контактных линз, слуховых устройств и т.п.); в/м, в/в, подкожные инъекции (введение лекарственных веществ); вакцинация БЦЖ; тимпанометрия, импедансометрия,

VI. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

6.1. Срок действия направлений на консультации к врачам-специалистам, лабораторные и функциональные, инструментальные исследования – 1 месяц.

Исполнитель

(Ф.И.О.) _____
действующий на основании доверенности № _____
от _____,

(подпись)

Заказчик

ФИО _____
Паспорт (серия, номер, дата и место
выдачи) _____

Адрес проживания _____

Телефон _____
Адрес электронной почты _____

(подпись)