

**Zlecenie usługi leczenia  
zawarte w dniu**

pomiędzy

**KLINIKĄ WIDENT SZPITAL**, ul. Szubińska 93-95 w Bydgoszczy (wpis do rejestru zakładu opieki zdrowotnej nr 04-00658), NIP 9671280221, REGON 340397959, reprezentowanym przez Lilianę Winiarską i Piotra Winiarskiego- Klinika WIDENT spółka cywilna

a

Panią/Panem: .....

zamieszkałą/ym: .....

legitymującą/y się dowodem osobistym o numerze:..... oraz nr PESEL: .....

zwaną w umowie **Pacjentem/Opiekunem pacjenta** (*niewłaściwe skreślić*)

**PRZEDMIOT UMOWY**

**§ 1**

1. Pacjent/Opiekun Pacjenta zleca Klinice WIDENT SZPITAL (zwanej w dalszej części umowy: „Kliniką WIDENT”) przeprowadzenie zabiegów i usług medycznych określonych w załączniku nr 1 do niniejszej umowy.
2. Pacjent/Opiekun Pacjenta oświadcza, że został wszechstronnie poinformowany o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych i możliwych powikłaniach mogących powstać w wyniku wykonywanego zabiegu jak i również w trakcie innych procedur medycznych, powikłań nietypowych wynikających z leczenia oraz wynikach leczenia i rokowaniu.
3. Przez Opiekuna Pacjenta należy rozumieć przedstawiciela ustawowego małoletnich lub opiekuna prawnego zgodnie z przepisami Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego. Pojęcie to nie jest tożsame z pojęciem pełnomocnika.

**ODPOWIEDZIALNOŚĆ**

**§ 2**

1. Klinika WIDENT wykona usługę z najwyższą starannością, zgodnie z aktualną sztuką lekarską przy użyciu dostępnych jej środków oraz dołoży wszelkich starań w celu osiągnięcia poprawy zdrowia Pacjenta.
2. Klinika WIDENT ponosi odpowiedzialność za szkody powstałe na skutek niewykonania lub nienależytego wykonania usługi na zasadzie winy.
3. Klinika WIDENT nie ponosi odpowiedzialności za niewykonanie lub nienależyte wykonanie Umowy w razie nieotrzymania od Klienta informacji potrzebnych do wykonania usługi, zatajenia takich informacji, a także w przypadku, gdy podane informacje okażą się nieprawdziwe.
4. Powyższy zapis nie wyłącza ustawowych praw Pacjenta.

**ZAKRES USŁUGI**

**§ 3**

1. Usługa obejmuje w szczególności zabiegi, konsultacje oraz czynności i usługi wymienione w załączniku nr 1 do niniejszej umowy.
2. Uprawnień wynikających z Umowy zlecenia usługi medycznej Pacjent/Opiekun Pacjenta nie może przenieść na osoby trzecie.

**CENA**

**§ 4**

Cena za usługi określona została w załączniku nr 1 do niniejszej umowy.

**DECYZJE****§ 5**

1. Pacjent/Opiekun Pacjenta podpisując świadomą zgodę na operację, bezwarunkowo zgadza się na to, że lekarz w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego może zmodyfikować lub zmienić zakres zabiegu bądź metodę leczenia, jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego lub stosowania metody leczniczej wystąpią okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby Pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia. Na powyższą zmianę lub modyfikację lekarz prowadzący pacjenta zobowiązany jest podjąć próbę uzyskania zgody Pacjenta/Opiekuna lub jego przedstawiciela ustawowego Pacjenta, a gdy takiej zgody niezwłocznie uzyskać nie można lekarz ten ma prawo zmienić zakres zabiegu zasięgając opinii drugiego lekarza tej samej specjalności.
2. Jeżeli zaistnieje okoliczność wymieniona w ust. 1 koszty za wszelkie dodatkowe czynności, implanty oraz materiały pokrywa Pacjent/Opiekun Pacjenta według przedstawionego mu cennika Kliniki WIDENT.

**HOSPITALIZACJA****§ 6**

1. Jeżeli wykonywane usługi są połączone z hospitalizacją Pacjent/Opiekun Pacjenta oświadcza, że został poinformowany o przewidywanym czasie hospitalizacji i o kosztach z nią związanych zgodnie z załącznikiem nr 1.
2. Podpisując świadomą zgodę na operację Pacjent/Opiekun Pacjenta wyraża również zgodę na przedłużenie hospitalizacji jeżeli będzie to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta. Decyzję o przedłużeniu hospitalizacji podejmuje wyłącznie lekarz prowadzący.
3. Koszty wynikające z przedłużającej się hospitalizacji pokrywa Pacjent/Opiekun Pacjenta.
4. O każdej decyzji dotyczącej przedłużenia czasu hospitalizacji Pacjent/Opiekun Pacjenta musi być poinformowany przez lekarza prowadzącego lub wyznaczonego przez niego imiennie innego lekarza. Informacja musi zawierać powód przedłużenia hospitalizacji, planowane leczenie i podjęcie innych czynności oraz szacunkowe koszty związane z przedłużoną hospitalizacją zgodnie z cennikiem usług Kliniki WIDENT.
5. Nie podporządkowanie się Pacjenta/Opiekuna Pacjenta do decyzji o przedłużonej hospitalizacji i opuszczenie Kliniki WIDENT na własne żądanie skutkuje wyłączeniem odpowiedzialności Kliniki WIDENT za wszelkie komplikacje wynikłe po opuszczeniu szpitala.
6. W przypadku konieczności reoperacji Pacjent/Opiekun Pacjenta pokrywa pełen jej koszt, jeżeli ponowne przyjęcie do szpitala nastąpi po upływie 14 dni od dnia pierwszego zabiegu.

**TERMINY****§ 7**

1. Usługa zostanie wykonana w miarę możliwości w dniu uzgodnionym w załączniku nr 1 do niniejszej umowy.
2. Jeżeli operacja nie będzie się mogła odbyć w uzgodnionym terminie z przyczyn niezależnych od żadnej ze stron, strony dołożą starań by uzgodnić nowy termin operacji.
3. Jeśli konieczność zmiany terminu operacji wystąpi po stronie Kliniki WIDENT Pacjent/Opiekun Pacjenta nie ponosi kosztu rezerwacji bloku i zespołu. W takim przypadku Pacjentowi/Opiekunowi Pacjenta nie przysługują żadne roszczenia o zwrot wydatków związanych z bezzasadnym przybyciem do Kliniki WIDENT.
4. Termin (data i godzina) przyjęcia do kliniki WIDENT jest uzgadniany z Pacjentem/Opiekunem Pacjenta.
5. Czas pobytu pacjenta rozpoczyna się w momencie przyjęcia, a kończy w dniu ustalonym z lekarzem operatorem/lekarzem dyżurnym (między godziną 8:00-9:00).

**OBOWIĄZKI PACJENTA****§ 8**

1. Transport do i z Kliniki WIDENT organizuje Pacjent/Opiekun Pacjenta i pokrywa jego koszty.
2. Pacjent do Kliniki WIDENT zabiera na czas pobytu przedmioty z zakresu higieny osobistej.
3. Pacjent wraz z Opiekunem ma obowiązek przybyć do Szpitala o uzgodnionej z przedstawicielem Kliniki WIDENT godzinie. W przypadku spóźnienia czas wykonywania zabiegu może ulec przesunięciu.
4. Klinika WIDENT nie gwarantuje wcześniejszego od ustalonej godziny przyjęcia Pacjenta na oddział.
5. Pacjent ma obowiązek wykonać badania otrzymane od przedstawiciela Kliniki WIDENT, niezbędne do wykonania zabiegu operacyjnego. Powinien je przedstawić do weryfikacji lekarzowi - anestezjologowi na konsultacji anestezjologicznej przed planowanym zabiegiem.
6. Brak badań może opóźnić rozpoczęcie procedury operacyjnej.
7. Termin konsultacji anestezjologicznej ustala Koordynator zabiegów. Powinna odbyć się w możliwie najszybszym czasie celem weryfikacji badań i kwalifikacji pacjenta do zabiegu pod kątem znieczulenia ogólnego.
  
8. Wszelkie komponenty medyczne, materiały, leki, środki opatrunkowe do wykonania procedur medycznych dostarcza Klinika WIDENT.
9. Pacjent/Opiekun Pacjenta zobowiązany jest przestrzegać Regulaminu Kliniki WIDENT.
10. Pacjent/Opiekun Pacjenta oświadcza, że został poinformowany, iż zobowiązany jest opuścić oddział szpitalny do godziny 9.00 ostatniego dnia hospitalizacji. W przypadku naruszenia tego obowiązku Pacjent/Opiekun Pacjenta zobowiązuje się pokryć koszty tego przedłużonego pobytu według cen z cennika Kliniki WIDENT.
11. Pacjent/Opiekun Pacjenta zobowiązuje się do informowania Kliniki WIDENT osobiście lub pisemnie pocztą poleconą o wszelkich zmianach danych osobowych podanych w związku z realizacją umowy oraz o zmianach adresu do doręczeń. Negatywne skutki niedopełnienia tego zobowiązania obciążają Pacjenta/Opiekuna Pacjenta.

**PŁATNOŚCI****§ 9**

1. Po podpisaniu zlecenia, nie później niż 10 dni przed datą rozpoczęcia realizacji zlecenia Pacjent/Opiekun Pacjenta ma obowiązek wpłaty zaliczki w wysokości min. 50% ceny usługi w celu rezerwacji terminu.
2. W dniu zabiegu, niezwłocznie po przybyciu do Kliniki WIDENT Pacjent/Opiekun Pacjenta ma obowiązek uzupełnienia wpłaty do wysokości 100% ceny usługi.
3. Jeżeli zlecenie leczenia zostanie podpisane w terminie krótszym niż 10 dni od daty rozpoczęcia leczenia Pacjent/Opiekun Pacjenta jest zobowiązany wpłacić na wskazane w umowie konto (§ 9 ust. 6 ) 100 % kwoty uwzględnionej w załączniku nr 1.
4. Pozostałe koszty nie ustalone przed rozpoczęciem zlecenia lub takie których nie można było przewidzieć będą rozliczone w dniu wypisu z Kliniki WIDENT.
5. Koszty dodatkowo zleconych badań i leków, które nie zostały uwzględnione w załączniku nr 1 ponosi Pacjent/Opiekun Pacjenta w dniu wypisu w formie płatności gotówką lub przelewem na konto wskazane przez klinikę WIDENT.
6. Wpłaty powinny być dokonywane na:

SGB-Bank

**nr 29 1610 1234 2026 0001 6971 0001**

W treści przelewu należy zawrzeć rodzaj zabiegu oraz lekarza operującego.

**ZMIANA TERMINU ZABIEGU****§ 10**

1. Pacjent/Opiekun Pacjenta potwierdza termin przyjęcia i zabiegu na 7 dni przed planowanym przyjęciem, najczęściej 1 dzień przed zabiegiem.
2. Pacjent/Opiekun Pacjenta ma prawo do jednorazowej zmiany terminu realizacji usługi medycznej z przyczyn zależnych od Pacjenta/Opiekuna Pacjenta bez dodatkowych kosztów w czasie nie krótszym niż 7 dni przed planowanym terminem jej wykonania. W przypadku zmiany terminu realizacji usługi medycznej w terminie krótszym niż 7 dni przed planowanym terminem jej wykonania, w przypadku kolejnej zmiany terminu realizacji usługi medycznej lub w przypadku niezgłoszenia się do Kliniki WIDENT w terminie ustalonego świadczenia medycznego z Przedstawicielem Kliniki WIDENT Pacjent/Opiekun Pacjenta **ponosi koszty rezerwacji sali operacyjnej oraz miejsca w oddziale w kwocie 1 000 zł.**
3. W przypadku zmiany terminu realizacji usługi medycznej lub niezgłoszenia się do Kliniki WIDENT w ustalonym terminie z przyczyn niezależnych od Pacjenta/Opiekuna Pacjenta (choroba), Pacjent/Opiekun Pacjenta nie ponosi kosztów rezerwacji sali operacyjnej oraz miejsca w oddziale. Pacjent/Opiekun Pacjenta o zaistniałej sytuacji jest zobowiązany niezwłocznie, każdą możliwą drogą poinformować Koordynatora ds. zabiegów.
4. Po zakończeniu świadczenia usługi, Pacjent/Opiekun Pacjenta otrzymuje wypis z Kliniki WIDENT oraz na wniosek fakturę za wykonaną usługę.

**PRAWO ODSTĄPIENIA I ROZWIĄZANIE UMOWY****§ 11**

1. Pacjent/Opiekun Pacjenta może odstąpić od operacji w terminie do 10 dni przed operacją bez konieczności ponoszenia skutków finansowych z tytułu rezerwacji sali operacyjnej, przygotowania personelu, sprzętu oraz innych środków.
2. W przypadku złożenia oświadczenia o rezygnacji z operacji w terminie krótszym niż na 10 dni przed planowanym terminem jej wykonania Pacjent/Opiekun Pacjenta zobowiązany jest pokryć koszty rezerwacji sali operacyjnej, przygotowania personelu, sprzętu oraz innych środków w wysokości 20% kosztów zabiegu wskazanych w załączniku nr 1 do niniejszej umowy.

**§ 12**

Umowa zlecenia może zostać rozwiązana przez Klinikę WIDENT ze skutkiem natychmiastowym w razie naruszenia przez Pacjenta/Opiekuna Pacjenta postanowień Umowy zlecenia lub niedokonania przez Pacjenta/Opiekuna Pacjenta płatności o których mowa § 9 umowy.

**ZASADY POUFNOŚCI****§ 13**

1. Strony zobowiązują się do zachowania poufności wobec osób trzecich wszelkich informacji, które uzyskają w związku z realizacją Umowy zlecenia. Strona naruszająca zobowiązanie do zachowania poufności będzie odpowiedzialna w pełnym zakresie za szkodę powstałą w wyniku ujawnienia takich informacji. Strony stwierdzają, iż zastrzeżone do poufności są wszelkie informacje, które do czasu naruszenia zobowiązania do poufności nie zostały opublikowane w jakikolwiek sposób. Obowiązek zachowania poufności nie dotyczy sytuacji, w których informacje określone w ust. 1 są wymagane przez osoby trzecie na podstawie obowiązujących przepisów prawa

**POSTANOWIENIA KOŃCOWE****§ 14**

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszą Umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 nr 112. Poz. 654 z późn. zm.) i aktów wykonawczych do tejże ustawy oraz ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2012, poz. 159 z późn. zm.).
2. Spory powstałe przy wykonywaniu Umowy zlecenia będą rozstrzygane zgodnie z właściwością sądów powszechnych.

---

\*Pacjent

---

Klinika WIDENT SZPITAL

---

Przedstawiciel ustawowy

**Załącznik nr 1 do umowy zlecenia**  
(Informacje o zabiegu-cennik)

1. Pacjent:
2. Operator:
3. Rodzaj zabiegu zasadniczego:
4. Konsultacje, usługi i zabiegi towarzyszące objęte uzgodnioną ceną usługi: jedna konsultacja anestezjologiczna, jedna kontrola po zabiegu.
5. Cena usługi + koszt implantów niezbędnych do wykonania usługi + koszt rezerwacji sali operacyjnej i miejsca w oddziale w terminie od dnia..... do dnia.....  
włącznie: wynosi łącznie
6. Konsultacje, usługi i zabiegi towarzyszące nie objęte ceną, których wykonanie może okazać się konieczne/uzasadnione. Pacjent/Opiekun Pacjenta wyraża niniejszym zgodę na ich przeprowadzenie i pokrycie kosztów wg cennika Kliniki WIDENT SZPITAL: **dodatkowe badania i konsultacje lekarskie oraz przedłużony pobyt w szpitalu spowodowany stanem zdrowia pacjenta ściśle według wskazań lekarskich.**
7. Koszt badań niezbędnych do przeprowadzenia zabiegu, oraz innych zgodnie z zaleceniem lekarza w zależności od rodzaju zabiegu pokrywa Pacjent/Opiekun Pacjenta : morfologia z rozmazem, APTT, grupa krwi, sód, potas, glukoza, Ekg mięśnia sercowego w spoczynku.
8. **W przypadku pobrania materiału do badania histopatologicznego koszt badania ponosi Pacjent/Opiekun Pacjenta zgodnie z cennikiem KLINIKI WIDENT**
9. Przewidywana data rozpoczęcia hospitalizacji:
10. Przewidywana data operacji:
11. Przewidywany czas hospitalizacji: **1 doba**
12. **Każda następna doba hotelowa po dniu wskazanym w punkcie 5 wynosi 1000 zł (cena zawiera zlecone leki przez lekarza prowadzącego).**
13. Cena dodatkowego łóżka dla Opiekuna Pacjenta niepełnoletniego, pozostającego na noc wynosi 150 zł/dobę.

---

\*Pacjent

---

Przedstawiciel ustawowy

**Załącznik nr 2 do umowy zlecenia**  
(oświadczenie Pacjenta/Opiekuna Pacjenta)

1. Zostałem/am pouczony/a o wszelkim ryzyku śródoperacyjnym i pooperacyjnym, zadałem/a wszelkie pytania, uzyskałem/am wszelkie odpowiedzi i jestem świadom/a tego, że wykonanie usługi może wiązać się z ryzykiem, które poznałem/am.
2. Potwierdzam, że w trakcie konsultacji przedoperacyjnej lekarz poinformował mnie o najczęściej występujących zmianach w procedurze operacyjnej i wyrażam zgodę na sytuację w której lekarz kierując się moim zdrowiem i dobrem zastosuje procedurę, której nie omówił ze mną.
3. Jestem świadom/a tego, że z proponowanym leczeniem operacyjnym wiąże się ryzyko wystąpienia powikłań śródoperacyjnych i pooperacyjnych, co może przedłużyć okres hospitalizacji.
4. Zadałem/a wszelkie pytania dotyczące wszelkich informacji i aspektów i otrzymałem/am wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania, w szczególności dotyczące rodzaju i przebiegu zabiegu, jego wad i zalet, możliwych powikłań i przebiegu leczenia pooperacyjnego.
5. W przypadku operacji ortopedycznej zostałem poinformowany o potrzebie odbycia wizyt kontrolnych w Klinice WIDENT we wskazanych terminach jak również rehabilitacji przed i pooperacyjnej oraz o konieczności jej realizacji w Klinice WIDENT lub pod opieką rekomendowanego przez Klinikę WIDENT rehabilitanta. Zrozumiałem możliwe negatywne skutki dla efektu leczniczego w przypadku rezygnacji z wizyt kontrolnych we wskazanych terminach w Klinice WIDENT lub odbycia mniejszej niż zalecana liczby rehabilitacji lub jej prowadzenia przez innego niż zalecany rehabilitanta.
6. Poinformowałem/am lekarza o wszelkich innych dolegliwościach i chorobach oraz ich leczeniu. Według najlepszej swojej wiedzy nie mam żadnych ognisk infekcji (zatoki, drogi moczowe, narządy płciowe i inne). Jestem świadom/a, że zatajenie takich informacji może być przyczyną powikłań pooperacyjnych za co przyjmuję na siebie pełną odpowiedzialność.
7. Będę się stosował/a do wszelkich zaleceń pooperacyjnych w tym zakresie, obowiązkowej rehabilitacji i jestem świadom/a tego, że niedostosowanie się może prowadzić do komplikacji pooperacyjnych lub pogorszyć i przedłużyć okres rekonwalescencji, za co przyjmuję na siebie pełną odpowiedzialność.
8. Wyrażam zgodę na rejestrowanie obrazu i dźwięku z procesu leczenia w celu dołączenia do dokumentacji medycznej.
9. Wyrażam zgodę na udział w operacji obok zespołu operacyjnego innego personelu medycznego w roli obserwatorów.

---

\*Pacjent

---

Przedstawiciel ustawowy

\* Umowę podpisuje także pacjent który ukończył 16 rok życia oraz przedstawiciel ustawowy.

Administratorem danych osobowych zawartych w „Zlecenie usługi leczenia” jest Klinika Wident z siedzibą przy ul. Szubińskiej 93-95, 85-312 Bydgoszcz. Podane w „Zlecenie usługi leczenia” dane osobowe przetwarzane są wyłącznie w celu realizacji świadczeń medycznych. Przetwarzanie danych odbywa się na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz na podstawie Ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta. Podanie danych jest niezbędne do rozpatrzenia wniosku o udzielenie zapomogi losowej bądź socjalnej. W przypadku niepodania danych wniosek nie będzie mógł być rozpatrzony. Dane osobowe, które zostały podane przez Panią/Pana w „Zlecenie usługi leczenia” przechowujemy przez okres zgodny z wymaganiami określonymi w Ustawie o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia, a także prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, żądanie zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych osobowych. Jeśli uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych narusza obowiązujące w tym zakresie przepisy, może Pani/Pan wnieść skargę do organu nadzorczego, w zakresie kontroli przetwarzania danych osobowych. Administrator może przekazać dane osobowe organom uprawnionym, tj. Urzędowi Skarbowemu oraz Narodowemu Funduszowi Zdrowia. Ponadto dane zawarte we Wniosku Administrator może przekazywać wyłącznie dwóm grupom odbiorców: osobom upoważnionym, tj. pracownikom i współpracownikom, którzy muszą mieć dostęp do danych, aby wykonywać swoje obowiązki, podmiotom przetwarzającym którym Administrator zlecił czynności wymagające przetwarzania danych, tj. firmom zajmującym się obsługą informatyczną. Informacje dotyczące przetwarzania swoich danych osobowych może Pani/Pan uzyskać kontaktując się z Administratorem Danych za pośrednictwem poczty elektronicznej, wysyłając zapytanie na adres e-mail: [info@wident.eu](mailto:info@wident.eu) lub bezpośrednio w siedzibie Administratora danych: ul. Szubińska 93-95, 85-312 Bydgoszcz. Jeżeli Pani/Pan uzna, iż przetwarzanie danych narusza przepisy prawa, wówczas ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.