

海淀区家庭医生签约服务协议

编号：年份（2位）+机构编码（6位）+合同流水号（6位）

甲方（居民）姓名：_____性别：_____出生日期_____

身份证号：_____

住宅电话：_____手机：_____

住址：_____街道（镇）_____社区（村）_____楼_____单元_____号

紧急联系人：_____紧急联系人电话：_____

健康档案编号：_____

乙方（机构）：海淀区_____中国农业大学东区_____社区卫生服务中心

团队名称：_____团队

团队成员：_____

健康通（手机）：_____固定电话：_____62736761_____

第一条 甲乙双方本着平等、尊重和自愿的原则，签订此协议，接受以下条款的规定。

第二条 甲方根据自身医疗需求自愿选择服务内容，乙方作为服务的提供者，在协议期间向甲方提供相应服务。甲方按照北京市发改委确定的《医疗服务项目及价格表》向乙方所在社区卫生服务中心（站）缴费。

1. 请选择家庭医生签约服务内容（具体签约服务内容见附件）
家庭医生签约基本服务内容

家庭医生签约基本服务包

重点人群签约家庭医生服务内容

高血压患者家庭医生签约服务包

糖尿病患者家庭医生签约服务包

冠心病患者家庭医生签约服务包

脑卒中患者家庭医生签约服务包

65岁及以上老年人家庭医生签约服务包

0-6岁儿童家庭医生签约服务包

孕产妇服务家庭医生签约服务包

结核病患者家庭医生签约服务包

严重精神障碍患者家庭医生签约服务包

其他人群家庭医生签约服务内容

青少年家庭医生签约服务包(7-17岁)

成年男性家庭医生签约服务包(18-64岁)

成年女性家庭医生签约服务包(18-64岁)

其他家庭医生签约服务 _____

2. 甲方应配合事项

(1) 甲方是健康第一责任人，应主动做好健康自我管理。

(2) 遵守签约协议，尊重乙方的工作人员（签约的家庭医生团队成员）。

(3) 保证提供的信息资料真实有效，因甲方向乙方的工作人员（签约的家庭医生团队）隐瞒病史等信息或不执行乙方的防治方案而影响服务质量的，其后果由甲方自行承担。

(4) 遵守医嘱，有问题及时咨询。

(5) 在其他医疗机构诊疗等信息，应主动、及时向乙方的工作人员（签约的家庭医生团队）反馈。

(6) 住址变更、长期离开居住地、联系方式变更等，应及时告知乙方的工作人员（签约的家庭医生团队），需要终止服务协议的，双方协商一致后可解除。

(7) 授权乙方的工作人员（签约的家庭医生团队）调阅其健康档案以及在其他医疗机构的诊疗信息等。

(8) 乙方在给甲方提供服务过程中，因甲方病情超出乙方诊疗水平的能力而造成的不良后果，乙方不承担责任。

(9) 作为患者应履行的其他义务。

第三条 乙方有义务对签约居民的电子健康档案、诊疗记录信息予以保密。除法律法规规定外，未经甲方允许，不得提供给第三方。

第四条 本协议期限为一年，自签约之日起生效。签约期满后如需解约，甲方应提前一个月告知乙方，双方签字盖章或确认，甲方没有提出解约的，视为自动续约。

第五条 本协议一式贰份，甲乙双方各执壹份，具有同等法律效力。

第六条 本协议自甲方签字、乙方加盖公章之日起生效。本协议解释权归乙方所有。

（以下无正文，为签署页）

甲方（签字）：

乙方（盖章）：

日期：

日期：

海淀区家庭医生签约服务申请单

姓名		身份证号						
手机		家庭住址	海淀区____街道（镇）____小区__楼__单元__号					
座机								
人群类别 (可多选)	慢病患者					65岁及以上老年人	残疾人	一般人群
	高血压	糖尿病	冠心病	脑卒中	其他			
拟申请的家庭医生团队名称	中国农业大学东区 社区卫生服务中心（站）_____团队					申请人签字：		
提交相关证明材料	1、 身份证/居住证/医保卡复印件。 2、 高血压、糖尿病患者需提供二级医院以上的诊断证明或社区卫生服务机构主治医师以上的诊断证明；冠心病、脑卒中患者需提供二级以上诊断证明。 3、 残疾人需提供残疾证。							