

Уведомление.

Пациент [8] уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество оказываемой услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья

Подпись пациента _____

расшифровка подписи _____

ДОГОВОР №[1]

на оказание платных платных медицинских услуг

г. Магнитогорск

[2] года

Общество с ограниченной ответственностью «Семейный доктор» (далее- ООО «Семейный доктор»), адрес: 455034г. Магнитогорск, ул. Жукова 11, лицензия №ЛО-74-01-005139 от 22 июля 2019 г. , выданная Министерством здравоохранения Челябинской области, находящимся по адресу: 454000, г. Челябинск, ул. Кирова, 165, телефон +7 (351) 263-52-62, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией: оказание первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по вакцинации, лабораторной диагностике, операционному делу, рентгенологии, стоматологии, гематологии, онкологии, акушерскому делу, лечебной физкультуре и спортивной медицине, медицинским осмотрам (предрейсовым и послерейсовым), медицинскому массажу, организации сестринского дела, сестринскому делу в педиатрии, физиотерапии, функциональной диагностике, аллергологии и иммунологии, гастроэнтерологии, кардиологии, детской кардиологии, эндокринологии, детской эндокринологии, инфекционным болезням, неврологии, нефрологии, оториноларингологии, офтальмологии, педиатрии, психотерапии, пульмонологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, урологии, ультразвуковой диагностике, экспертизе временной нетрудоспособности, контролю качества медицинской помощи, общественному здоровью и организации здравоохранения, осуществлении медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов, дерматовенерологии, детской урологии-андрологии, детской хирургии, косметологии терапевтической, ревматологии, сердечно-сосудистой хирургии, проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз по медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), медицинским осмотрам профилактическим, медицинскому освидетельствованию кандидатов в усыновители, опекуны (попечители) или приемные родители, медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортными средствами, владению оружием, по экспертизе профессиональной пригодности. Свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 74 номер 005642601 ОГРН 1117456015522, дата регистрации 19.10.2011г. регистрирующий орган Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы №17 по Челябинской области), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице медицинского регистратора [5], действующего на основании Доверенности № [4] с одной стороны, и гражданин (-ка): [8], [12] именуемый (-ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. На условиях настоящего Договора Исполнитель обязуется оказать Пациенту на возмездной основе медицинские услуги, а Пациент обязуется принять и оплатить медицинские услуги, оказанные Исполнителем в порядке и в сроки, установленные в Договоре.

1.2. Объем оказываемых по настоящему Договору услуг определяется желанием Пациента и организационно-техническими возможностями Исполнителя. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором, срок их предоставления и стоимость приведены в Приложении №1, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора

1.3. Перечень и стоимость медицинских услуг, оказываемых Исполнителем, содержатся в Прейскуранте цен. В момент подписания настоящего Договора Пациент ознакомлен с перечнем работ (услуг), отраженных в лицензии на медицинскую деятельность, прейскурантом цен Исполнителя, понимает содержащуюся в них информацию, согласен с действующими ценами на медицинские услуги, а также уведомлен о том, что оплаченные денежные средства по настоящему Договору не подлежат возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования.

1.4. На момент подписания настоящего Договора Пациент уведомлен 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 государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

II. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными правовыми актами Российской Федерации, в том числе с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.1.2. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

2.1.3. Предупредить Пациента в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных в Договоре. Исполнитель предоставляет дополнительные медицинские услуги на возмездной основе с согласия Пациента. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.1.4. Обеспечивать применение разрешенных к применению в Российской Федерации лекарственных препаратов, лечебного питания, медицинских изделий, дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных средств, расходных материалов, изделий медицинского назначения, медицинского оборудования.

- 2.1.5. Предоставлять Пациенту достоверную информацию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;
- об используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.
- 2.1.6. Вести медицинскую документацию в установленном порядке. После исполнения договора выдать Пациенту копии медицинских документов, отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.
- 2.1.7. Исполнитель гарантирует обязательное соблюдение санитарного режима, наличие соответствующих сертификатов врачей.
- 2.1.8. Предупредить Пациента о невозможности оказания платных медицинских услуг при выявлении противопоказаний.
- 2.1.9. Оказывать платные медицинские услуги в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе и с согласия Пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.
- 2.2. Исполнитель имеет право:
- 2.2.1. Требовать от Пациента предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему платных медицинских услуг.
- 2.2.2. Требовать от Пациента бережного отношения к имуществу Исполнителя и соблюдения им Правил внутреннего распорядка Исполнителя.
- 2.2.3. В случае опоздания Пациента более чем на десять минут к назначенному времени при согласовании с Пациентом перенести срок получения услуг.
- 2.2.4. Прогнозируемые гарантии устанавливаются врачом индивидуально, исходя из общего состояния здоровья пациента, выполняемости плана лечения, клинической картины.
- 2.2.5. С письменного согласия Пациента направлять результаты анализов Пациента по адресу электронной почты, указанной Пациентом.
- 2.3. Пациент обязуется:
- 2.3.1. Своевременно и в полном объеме оплачивать предоставленные медицинские услуги, в соответствии с условиями настоящего Договора.
- 2.3.2. До оказания медицинской помощи информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, точно выполнять назначения врача по лечению, а также указания, предписанные на период после оказания услуг.
- 2.3.3. Выполнять Правила внутреннего распорядка Исполнителя, требования и предписания медицинского персонала Исполнителя. Соблюдать внутренний режим нахождения в медицинской организации, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.
- 2.3.4. Выполнять личные санитарно-гигиенические процедуры, направленные на поддержание своего здоровья и санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя.
- 2.3.5. Бережно относиться к имуществу Исполнителя. В случае причинения ущерба Исполнителю вследствие утраты или порчи имущества, вызванного действиями или бездействием Пациента и/или лиц его сопровождающих, Пациент обязуется в течение 30 дней возместить Исполнителю действительный нанесенный ущерб в полном объеме.
- 2.3.6. Подписать и передать Исполнителю акт оказанных услуг.
- 2.4. Пациент имеет право:
- 2.4.1. На выбор врача-специалиста.
- 2.4.2. На профилактику, диагностику, лечение в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.
- 2.4.3. На получение консультаций врачей-специалистов.
- 2.4.4. На получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, на выбор лиц, которым в интересах Пациента может быть передана информация о состоянии здоровья лица, в интересах которого действует Пациент.
- 2.4.5. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну.
- 2.4.6. На отказ от медицинского вмешательства.

III. СТОИМОСТЬ УСЛУГ СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

- 3.1. Стоимость предоставляемых медицинских услуг определяется на основании Прейскуранта цен Исполнителя в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг (Приложении №1). Пациент оплачивает услуги в течение суток, по цене, указанной в Приложении №1 к настоящему Договору. Оплата услуг осуществляется через кассу Исполнителя, либо в безналичном порядке. Пациенту выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца).
- 3.2. При оказании медицинских услуг на основании абонемента обслуживания (курса процедур), порядок оплаты и количество услуг, определяются дополнительным соглашением к настоящему договору. Если Пациент воспользуется медицинскими услугами, подлежащими оплате, в меньшем количестве, чем это предусмотрено на основании абонемента обслуживания, то в таком случае, стоимость каждой медицинской услуги оплачивается исходя из цен при разовом посещении, предусмотренных Прейскурантом.
- 3.3. Пациенту, направленному в клинику Исполнителя страховой компанией Пациента в соответствии с условиями его договора на ДМС медицинские услуги, предусмотренные программой ДМС и Страховым полисом Пациента, оказываются за счет страховых взносов на добровольное медицинское страхование по программам добровольного медицинского страхования страховой компании Пациента в соответствии с договором между Исполнителем и страховой компанией на предоставление лечебно-профилактической помощи по программе ДМС. Медицинские услуги, не входящие в Программу ДМС Пациента, оплачиваются Пациентом дополнительно за счет собственных средств в порядке и размере, предусмотренном настоящим договором.
- 3.4. Оплата услуг может быть произведена путем внесения Пациентом авансового платежа на лицевой счет самого Пациента (депозит). С момента его внесения пациент приобретает право на оказание ему медицинских услуг на сумму внесенного платежа в соответствии с условиями настоящего договора. Исполнитель по мере исполнения своих обязательств перед пациентом расходует с его лицевого счета денежные средства в сумме, соответствующей объему предоставленных медицинских услуг, для чего ему согласие пациента получать не требуется. Информация о наличии денежных средств на лицевом счете сообщается Исполнителем Пациенту по его просьбе.
- 3.5. Способом оплаты медицинских услуг Пациент может использовать подарочные сертификаты, по номиналу которых, пациент приобретает право оплатить часть или полностью всю стоимость медицинских услуг в соответствии с условиями такого документа. Подарочный сертификат не является именной и обязанность по исполнению обязательств, удостоверенных сертификатом, не поставлена договором в зависимости от каких-либо условий, в том числе предъявления документа, подтверждающего факт уплаты за них денежных средств.

IV. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ

- 4.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует в течение 12 календарных месяцев, но в любом случае до полного выполнения обязательств, принятых Сторонами по настоящему Договору.
- 4.2. Договор считается пролонгированным на тех же условиях и на тот же срок, если Стороны за 30 календарных дней до истечения срока его действия не заявят письменного намерения о прекращении договора. Количество пролонгаций не ограничено.
- 4.3. В случае отказа Пациентом после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Пациента о расторжении договора по инициативе Пациента, при этом Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.
- 4.4 Договор может быть изменен по обоюдному согласию сторон в порядке, предусмотренном текущим законодательством.

V. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН И ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

- 5.1. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.
- 5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Пациентом условий настоящего Договора, в случаях осложнений и побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма, а также в случае, если Пациент не проинформировал Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, вследствие нарушения (несоблюдения) рекомендаций врачей, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.
- 5.3 Пациент возмещает Исполнителю убытки, если Исполнитель не смог оказать медицинские услуги или прекратил их по вине Пациента.
- 5.4 Законный представитель возмещает Исполнителю убытки, если Исполнитель не смог оказать медицинские услуги или прекратил их по вине Законного представителя. Все споры и разногласия, возникшие между Сторонами по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров между Сторонами, а в случае не достижения согласия - в суде общей юрисдикции.

VI. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

- 6.1 Услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Пациента приобрести медицинскую услугу на возмездной основе.
- 6.2 Пациент предоставляет Исполнителю всю документацию, информацию и другие сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.
- 6.3 Пациент ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых услуг.

VII. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

- 7.1 Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, которые имеют одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

ООО «Семейный доктор» 455044г. Магнитогорск . пр. Ленина ,88/2 455034г. Магнитогорск , ул. Жукова ,11 К/с 3010181070000000949,р/с40702810500000100831 в ОАО «КредитУралБанк» г. Магнитогорск ИНН7456007414,КПП745601001,БИК047516949 [3] / _____	Пациент Гр. [8] адрес: [12] Паспорт: серия [13], номер [14] выдан [15] [8] / _____
--	---

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся, [8], проживающий по адресу: [12], паспорт серия [13], номер [14], выдан [15] в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Семейный доктор» (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара, пять лет - для поликлиники). Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие дано мной [2] и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Почтовый адрес субъекта персональных данных [12]

Подпись субъекта персональных данных _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОБСЛЕДОВАНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ

Я, [8], паспорт: серия [13], номер [14], выдан [15].

Я, получил (а) разъяснение, предусмотренное ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, которое является необходимым предварительным условием медицинского вмешательства.

Настоящим я подтверждаю свое добровольное согласие на проведение в соответствии с назначениями врача следующих диагностических, лечебных процедур и манипуляций осмотр врача (дежурного, лечащего, приглашенных консультантов и т. д.); лабораторные исследования (анализы крови, мочи, кала и других сред (общеклинические, биохимические, бактериологические, иммунологические и т. д.)); все виды эндоскопических исследований (кольпоскопия и т. д.); все виды лучевой диагностики (УЗИ, рентгенологические исследования и т. д.); все виды функциональной диагностики (ЭКГ, ЭЭГ, спирография, холтер и т. д.); пероральный прием лекарственных препаратов; парентеральное введение лекарственных препаратов (подкожные, внутримышечные и внутривенные инъекции, внутривенные вливания, ингаляции); диагностические и лечебные пункции; физиотерапевтические процедуры; наложение повязок различного рода, швов. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести, особенностях течения, диагнозе, прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске и возможных осложнениях заболевания.

Я проинформирован(а) о целях, характере и возможных неблагоприятных последствиях диагностических и лечебных процедур, о том, что предстоит мне делать во время их проведения.

Я знаю, что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты и выполнять другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия согласовывать с врачом прием любых не прописанных лекарств.

Мне понятно, что для получения лучших результатов лечения необходимо исполнять все требования, назначения, рекомендации врача.

Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, рекомендаций врача, препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на организм во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я понял(а) цель и характер предстоящих медицинских вмешательств. У меня нет оснований не доверять или сомневаться в квалификации врачей. В случае возникновения непредвиденных ситуаций, осложнений в процессе лечения я согласен(на) на проведение мероприятий, которые, с точки зрения лечащего врача, целесообразны.

Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы, касающиеся проводимых исследований и лечебных мероприятий, и на все вопросы мне были даны исчерпывающие ответы.

Настоящее соглашение подписано Пациентом после проведения разъяснительной беседы. Настоящее соглашение действительно в течение года с даты его подписания.

Пациент: [8].

Подпись _____ Дата [2]

Врач:

Подпись _____ Дата [2]