

**Договор с пациентом №\_\_ на оказание платных медицинских услуг. Дата «\_\_» 20\_\_ год.** ООО КДЦ « Прием врача» РФ, Алтайский край, г.Барнаул, ул.Северо-Западная д 48б,пом Н4, тел.8(3852)774-751, Лицензия№ЛО41-01151-22/00343736,от20.08.2022г.бессрочная, работы при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:сестринскомуделу;при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:акушерству и гинекологии(за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), диетологии, неврологии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, ультразвуковой диагностике, эндокринологии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги):при проведении медицинских экспертиз по:экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности. Выдано Министерством здравоохранения Алтайского край. 656031,г.Барнаул, пр.Красноармейский 95а,т.628098;; Свидетельство о гос.регистрацииюр.лица серия 22 №003051838 выдано 9.10.2008г, номер 1082224011242 Инспекция Федеральной налоговой службы по Октябрьскому району г.Барнаул,ИНН-2224128226; электронная почта- [priemvracha@yandex.ru](mailto:priemvracha@yandex.ru), именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице директора Винокурова А.В., действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданина Ф,И,О, \_\_\_\_\_адрес \_\_\_\_\_тел \_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем Заказчик(Пациент), с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

Предмет договора

1.Заказчик поручает , а Исполнитель обязуется оказывать на возмездной основе необходимую медицинскую помощь, отвечающую требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, в амбулаторных условиях: квалифицированный и качественный прием (осмотр,консультация) врача, Пациенту : \_\_\_\_\_ а Заказчик добровольно принимает на себя обязательства

оплачивать оказанные медицинские услуги (медицинскую помощь) в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим договором. Заказчик подтверждает, что согласен на осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.Права и обязанности сторон.

2.1 Заказчик (пациент) имеет право:

2.1.1 Получать квалифицированные медицинские услуги(медицинскую помощь).

2.1.2 В любой момент отказаться от медицинской помощи с оплатой фактически оказанных услуг.

2.1.3.Заказчик имеет право на получение информации о стоимости оказанных услуг на любом этапе обследования и лечения (за исключением выходных праздничных дней).

2.1.4.Получать информацию о квалификации и сертификации специалистов.

2.1.5.Самостоятельно, после согласования с лечащим врачом, приобретать расходные материалы и лекарственные средства, за качество которых исполнитель ответственности не несет.

2.1.6.Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора, возмещение ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни в соответствии с законодательством РФ

2.2Заказчик (пациент) обязуется :

2.2.1Оплатить стоимость предоставляемой медицинской помощи (медицинских услуг), согласно Прейскуранта, действующего на момент заключения договора. Первичный прием в клинике «Прием врача» всегда осуществляется очно. Повторный прием возможен дистанционным способом, при условии оплаты приема согласно прейскуранту, оплата медицинской услуги производится наличными в кассу медицинского учреждения, безналичным способом через терминал, через карту Сбербанка.

2.2.2.Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление платных медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений (сообщить об аллергических реакциях, оперативных вмешательствах и т.п.).

2.2.3 Возместить убытки в случае причинения ущерба пациентом имуществу Исполнителя.

2.3 Исполнитель имеет право:

2.3.1 Определять длительность лечения, объем медицинских услуг, необходимость перевода пациента на госпитальный этап лечения, в отделения другого профиля, в соответствии с состоянием здоровья пациента.

2.3.2 В случае возникновения неотложных состояний, угрожающих жизни Пациента, самостоятельно определять объем исследований, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи.

2.3.3 При необходимости привлекать для оказания медицинских услуг сторонних исполнителей и соисполнителей по согласованию с Пациентом и Заказчиком.

2.3.4Исполнитель имеет право расторгнуть договор при нарушении Пациентом правил внутреннего распорядка.

2.4Исполнитель обязан:

2.4.1Обеспечить соответствие предоставляемых по настоящему Договору услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики, и лечения на территории РФ.

2.4.3Представлять прейскурант и счет-фактуру с указанием перечня и стоимости оказанных медицинских услуг.

2.5. Пациент имеет право:

2.5.1.Получать в доступной для него форме имеющуюся информация о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

2.5.2Пациент имеет право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. В случаях, когда состояние Пациента не позволяет ему выразить его волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах Пациента решает консилиум, а в особых случаях лечащий врач. Отказ от вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается пациентом или его законным представителем, а также врачом. Каждая дополнительная медицинская услуга оформляется в виде дополнительного соглашения к договору с указанием конкретных дополнительных мед.услуги их стоимости, если иное не говорено в основном договоре. Каждая дополнительная мед.услуга, если она оказана сверх стандарта мед.помощи должна быть оговорена с пациентом, после чего получено пациент выражает письменное согласие отдельным доп.соглашением к договору с указанием конкретных мед услуг и их стоимости.

2.6.Пациент обязуется:

2.6.1.Ознакомиться с правилами распорядка клиники и соблюдать их.

2.6.2.Выполнять назначения врача.

2.6.3.Сообщать врачу все сведения о состоянии своего здоровья.

2.6.4.В случае любых изменений в состоянии здоровья немедленно сообщать об этом лечащему врачу.

3. Стоимость и порядок оплаты.

3.1.Заказчик оплачивает медицинские услуги по Прейскуранту, утвержденному Исполнителем

Заказчик оплачивает 100% предварительную стоимость медицинских услуг.

Стоимость услуг может увеличена по согласованию с Заказчиком в случае оказания Пациенту дополнительных медицинских услуг, в том числе и по просьбе Пациента, они выполняются с согласия Пациента с оплатой по утвержденному прейскуранту.

3.2. Оплата медицинской услуги производится наличными в кассу медицинского учреждения, безналичным способом через терминал, через карту Сбербанка.

4.Ответственность сторон:

4.1.Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора в соответствии с законодательством РФ

4.2.Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение своих обязанностей, если это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения Пациентом своих обязанностей, возникновения осложнений по вине Пациента (невыполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших отклонениях и нарушениях в состоянии здоровья, прекращения лечения по инициативе Пациента).

5.Конфиденциальность

5.1. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении.

5.2. С согласия Пациента или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, указанным Пациентом или его законным представителем.

5.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Пациента или его законного представителя допускается в случаях, установленных ст.61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан.

6.Сроки исполнения.

6.1 Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и внесения Заказчиком 100% предоплаты предварительной стоимости медицинских услуг и действителен до полного исполнения сторонами своих обязательств.

7. Прочие условия

7.1.Заказчик ( пациент) уведомлен о порядке получения медицинской помощи на территории РФ, а также о возможности получения бесплатной медицинской помощи, предусмотренной программами обязательного медицинского страхования. Заказчик Пациент согласен получить медицинскую помощь (медицинские услуги) в ООО КДЦ «Прием врача» на платной основе.

7.2.Сумма расходных материалов и лекарственных препаратов, приобретенных Заказчиком (Пациентом) самостоятельно, в счет оказанных медицинских услуг не включается.

7.3.Согласие Заказчика (Пациента) на проведение медицинской услуги и факт ее получения одновременно означает и согласие Заказчика (Пациента) на оплату этой услуги.

7.4.Все остальное, что не урегулировано настоящим Договором, регулируется законодательством РФ.

8.Рассмотрение споров.

8.1.При наличии претензии к проведенным обследованиям, консультациям специалистов, лечению и пр.(по мнению Пациента) Заказчик (Пациент) обязан в тот же день информировать о данном факте лечащего врача и /или главного врача. Все споры по договору стороны стараются урегулировать в дружеском порядке путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ в суде по месту нахождения Исполнителя.

9.Дополнительная информация размещена на стенде « Уголок пациента»

10. Реквизиты сторон: Исполнитель:

Заказчик (Пациент):

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на проведение обследования, лечения

Дата «\_\_» \_\_20\_\_ год. ООО КДЦ « Прием врача» РФ, Алтайский край, г. Барнаул, ул.Северо-Западная 48б, 8(3852)774-751, Лицензия№ЛО ЛО41-01151-22/00343736,от20.08.2022г.бессрочная, работы при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:сестринскомуделу;при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:акушерству и гинекологии(за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), диетологии, неврологии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, ультразвуковой диагностике, эндокринологии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги):при проведении медицинских экспертиз по:экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности. Выдано Министерством здравоохранения Алтайского край. 656031,г.Барнаул, пр.Красноармейский 95а,т.628098;Свидетельство о гос.регистрацииюр.лица серия 22 №003051838 выдано 9.10.2008г, номер 1082224011242Инспекция Федеральной налоговой службы по Октябрьскому району г.Барнаула, именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице директора Винокурова А.В., действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданина Ф.И.О., \_\_\_\_\_ адрес \_\_\_\_\_ тел \_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем Заказчик(Пациент), с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Я, \_\_\_\_\_

(Фамилия, Имя, Отчество пациента – полностью)

Ознакомлен с распорядком работы и правилами обслуживания в ООО КДЦ «Прием врача» и обязуюсь их соблюдать;

Я получил(а) всю интересующую меня информацию о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания, Добровольно даю согласие на проведение опроса , в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, осмотр, в т.ч. пальпацию, перкуссию, вагинальное исследование, ректальное исследование, термометрию, тонометрию, забор крови и лабораторные методы исследования моей крови, УЗИ, введение по показаниям врача лекарственных средств. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно. Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем (аллергических реакциях, индивидуальной непереносимости), перенесенных мной заболеваниях и операциях, об воздействующих на меня вредных факторов, об употреблении мной алкоголя, токсических и наркотических средств. Мне понятен смысл обследования, лечения . Я согласен(а) с этим обследованием, лечением. Я информирован о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения.

2. Я согласен(а) с тем, что при несоблюдении мной рекомендаций врача возможны осложнения. Я немедленно сообщу врачу о любом ухудшении самочувствия, буду согласовывать с врачом прием любых препаратов. Деньги за проведенное обследование не будут возвращены.
3. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов.
4. Мое решение является **свободным** и **добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства.
- 5.

## СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество субъекта персональных даны

зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_,

документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_,

вид документа, № документа, когда и кем выдан

даю согласие на обработку моих персональных данных

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие<sup>1</sup>:

1. Фамилия, имя отчество.
2. Контактный телефон.
3. Адресные данные.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие, общее описание используемых оператором способов обработки:

1. Получение персональных данных у субъекта персональных данных, а также у третьих лиц, в случае дополнительного согласия субъекта;
2. Хранение персональных данных (на бумажном носителе);
3. Уточнение (обновление, изменение) персональных данных;
4. Передача персональных данных субъекта в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

Настоящее согласие дается на весь срок врачебного приема

Порядок отзыва настоящего согласия по личному заявлению субъекта персональных данных.

\_\_\_\_\_

подпись

\_\_\_\_\_

расшифровка подписи

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_

6. В соответствии со ст. 9Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных» на обработку персональных данных по усмотрению оператора согласна (согласен) \_\_\_\_\_

Подпись пациента \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Фамилия (полностью),

Адрес \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Для обработки персональных данных, содержащихся в согласии в письменной форме субъекта на обработку его персональных данных, дополнительное согласие не требуется.