



ДОГОВОР № на оказание платных медицинских услуг

г.Сочи

Дата:

ООО «Семейное здоровье», лицензия на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») № ЛО41-01126-23/00360536 от 01 ноября 2019г. Выдана Министерством Здравоохранения Краснодарского края, адрес места нахождения Краснодарский край, г. Сочи, ул. Пластунская, д.96, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Тимошенко Елены Ивановны, с одной стороны и пациент, Панахова Эльмира Арзу-кызы, именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора

- 1.1. Исполнитель обязуется, при наличии медицинских показателей и организационно-технических возможностей, оказать платные медицинские услуги Пациенту в соответствии с перечнем видов медицинской деятельности, разрешенных лицензией.
- 1.2. Настоящий договор обеспечивает реализацию прав Пациента на получение платных медицинских услуг в ООО «Семейное здоровье» в соответствии с ФЗ №332-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и ППРФ №1006 от 04 октября 2012г. «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»

2. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг

- 2.1. Основанием для предоставления платных медицинских услуг является добровольное желание Пациента получить медицинские услуги за плату.
- 2.2. Лечащий врач Исполнителя, назначаемый по выбору пациента, в соответствии с медицинской необходимостью и возможностями, желанием Пациента, после предварительного осмотра, устанавливает предварительный диагноз, определяет методы лечения, последствия и результаты лечения, также возможные осложнения, информирует об этом пациента, в том числе о необходимости соблюдения рекомендаций и получает его Информированное согласие (Приложение №1), совместно с пациентом составляет план лечения.
- 2.3. После предоставления Пациенту информации, указанной в п.2.2 настоящего договора, и подписания Пациентом Информированного согласия, стороны заключают настоящий Договор, после чего Пациенту проводится комплекс диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с планом лечения.
- 2.4. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания.
- 2.5. Срок оказания услуг зависит от состояния здоровья Пациента, графика работы врача и указывается в Плане лечения.
- 2.6. Перечень и стоимость оказываемых медицинских услуг указываются в Плане лечения.

3. Права и обязанности сторон

- 3.1. Исполнитель обязуется:
- 3.1.1. Оказать медицинские услуги в соответствии с индивидуальными медицинскими показаниями и желаниями Пациента.
- 3.1.2. Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг требованиям, предоставляемым к методам диагностики, профилактики лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.
- 3.2. Пациент обязан:
- 3.2.1. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, в том числе выполнять назначение лечащего врача, сообщать необходимые сведения о своем состоянии здоровья, соблюдать режимы гигиены и питания, а также все рекомендации, указанные в Памятке пациента и рекомендациях врача. Являться на прием в соответствии с врачебными назначениями.
- 3.2.2. Ознакомиться и подписать Информированное согласие на оказание медицинских услуг, предварительный План лечения и другие приложения к настоящему договору.
- 3.2.3. Явиться на прием к врачу за 10 минут до назначенного времени
- 3.2.4. Во время наблюдения и лечения не использовать препараты, назначенные специалистами других лечебных учреждений, без уведомления лечащего врача клиники.
- 3.2.5. В случае изменения состояния здоровья, немедленно сообщить об этом лечащему врачу или Администратору клиники.
- 3.3. Исполнитель имеет право:
- 3.3.1. Изменять по медицинским показаниям план, объем и стоимость лечения с согласия Пациента.
- 3.3.2. Направлять Пациента в медицинские учреждения или привлекать для консультации специалистов для проведения дополнительных методов исследования, которые осуществляются за дополнительную плату.
- 3.3.3. Устанавливать гарантийные обязательства на оказанные услуги в соответствии с Положением о гарантийных обязательствах.
- 3.4. Пациент имеет право:
- 3.4.1. Требовать информацию о результатах проводимого лечения, своем состоянии здоровья, действий лекарственных препаратов и их побочных проявлениях.
- 3.4.2. Получить копии своей медицинской документации.
- 3.4.3. Отказаться от услуг исполнителя при условии полной оплаты выполненных последним услуг.

4. Порядок оплаты.

- 4.1. Пациент производит предварительную и окончательную оплату медицинских услуг Администратору клиники, который выдает кассовый чек на руки пациенту в соответствии с действующим прейскурантом Исполнителя на день оказания услуг, указанных в Плане лечения.
- 4.2. Стоимость медицинских услуг согласуется с Пациентом при составлении Плана лечения. Перед началом лечения Пациент оплачивает 100% стоимости лечения, указанной в Плане лечения. В процессе лечения могут выявляться непрогнозируемые скрытые патологии, обнаруживаемые после начала лечения и требующие обязательного изменения плана лечения, в результате чего, по согласованию с Пациентом, избирается новый План лечения, при этом общая стоимость лечения, с согласия Пациента, может измениться. Окончательные взаиморасчеты проводятся по фактическому объему оказанных Пациенту услуг.

5. Ответственность сторон.

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. Стороны договорились о том, что медицинские услуги оказываются качественно при соответствии оказанных медицинских услуг современным требованиям об их необходимом уровне и объеме при данном виде лечения, оказанных в соответствии с технологией, предусмотренной для применяемых для оказания услуг материалов, инструментов, оборудования.

5.3. В случае неблагоприятного исхода лечения в связи с тяжелым состоянием Пациента, а также в случае возникновения предполагаемых осложнений или наступлении нежелательных результатов, возможность возникновения которых была указана и согласована с Пациентом при получении Информированного добровольного согласия на оказание платных медицинских услуг (Приложение №1) и иных приложений к настоящему договору, Исполнитель перед Пациентом несет ответственность в случае возникновения иных особенностей, не оговоренных в настоящем договоре и его приложениях, а также в случае вины Исполнителя.

5.4. Стороны договорились о том, что Исполнитель не несет ответственность за неблагоприятное влияние на результат оказания платных медицинских услуг в случае нарушения Пациентом п.п. 3.2.1., 3.2.4 настоящего договора, при этом Исполнитель вправе применить ограничения Гарантийных обязательств, в соответствии с Положением о гарантийных обязательствах.

5.5. В случае нарушения Пациентом п. 3.2.5. настоящего договора, Исполнитель вправе применить ограничения Гарантийных обязательств, в соответствии с Положением о гарантийных обязательствах, кроме случаев, когда Пациент надлежаще известит Исполнителя о своем желании обратиться в другое лечебное учреждение с целью устранения недостатков, оказанных Исполнителем медицинских услуг и обеспечит присутствие врача Исполнителя при первом приеме Пациента в другом лечебном учреждении.

6. Порядок разрешения споров.

6.1. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Пациентом по вопросу качества оказанных услуг, спор между сторонами рассматривается Врачебной Комиссией Исполнителя с привлечением сторонних специалистов.

6.2. Принимая субъективность оценки эстетического и косметического результатов медицинских услуг, стороны договорились проводить оценку результатов не ранее сроков, указанных в Информированном согласии на оказание платных медицинских услуг (Приложение №1), путем оценки результатов на совместном заседании Пациента и Врачебной Комиссии Исполнителя.

6.3. Пациент, при желании обратиться в другое лечебное учреждение с целью устранения недостатков, оказанных исполнителем медицинских услуг, обязуется обеспечить присутствие врача Исполнителя при первом приеме Пациента в другом лечебном учреждении.

6.4. При недостижении согласия сторон, споры разрешаются в соответствии с действующим законодательством РФ в суде по месту нахождения Исполнителя.

7. Прочие условия.

7.1. Содержание, сроки и объем лечения согласовываются сторонами и отражаются в медицинской карте.

7.2. Подписывая настоящий договор, Пациент уполномочивает Исполнителя, при необходимости, провести оценку качества и эстетического результата оказанных пациенту медицинских услуг, разрешая при этом передачу врачам, проводящим оценку качества, информации о состоянии своего здоровья, содержащейся в медицинской карте. При этом Исполнитель обязуется предупредить последних о необходимости соблюдения врачебной тайны.

7.3. Я даю согласие на проведение фото или видеосъемки, которые зафиксируют мой клинический случай до и после медицинских манипуляций для сравнительной оценки результатов. Мне гарантируют, что мои фотографии или видеозаписи не будут идентифицировать мою личность при любом использовании клиник вне моей медицинской документации.

7.4. Подписывая настоящий договор, Пациент дает согласие на хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение своих персональных данных на неопределенный срок (в соответствии с Федеральным законом «О персональных данных» №152-ФЗ от 27.07.2006г.) в целях и объемах, необходимых для реализации настоящего договора.

7.5. Все приложения, указанные в настоящем договоре, в том числе перечисленные в п.3.2.2. настоящего договора, рассматриваются сторонами как неотъемлемые составные части настоящего договора.

7.6. Стороны пришли к соглашению о том, что собственноручная подпись и факсимильная подпись уполномоченного подписывать настоящий договор лица имеют равную юридическую силу на настоящем Договоре и его Приложениях.

8. Срок действия договора.

8.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и заканчивается выполнением сторон своих обязательств по договору.

9. Реквизиты сторон

Исполнитель:

ООО «Семейное здоровье»
Юр. адрес: 354003, г. Сочи, Пластунская ул., дом 96, пом. 7/7
Почтовый адрес: 354000, г. Сочи, Пластунская ул., дом 96, пом. 7/7
ИНН: 2366007474
КПП: 236601001
Банк: ТОЧКА ПАО БАНКА "ФК ОТКРЫТИЕ"
Рас./счёт: 40702810809500004175
Корр./счёт: 30101810845250000999
БИК: 044525999
Тел: +7 918 005 75 95

Заказчик:

Ф.И.О
Паспорт:
Адрес: г., ул., д.
Телефон:

Подпись _____

Подпись _____

Дата:

Дата:

Информированное добровольное согласие на оказание платных медицинских услуг

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона № 232-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (а) с названными мне условиями проведения лечения. Подписание Вами одного документа является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства. Я, _____ рождения, обращаюсь в клинику для проведения диагностики, лечения и профилактики заболеваний.

Мне были даны подробные объяснения по поводу заболевания и альтернативных методах лечения и профилактики. Я соглашаюсь с тем, что при проведении манипуляций возможны дискомфортные ощущения и болезненность самих процедур.

Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения.

Я информирован(а) о всех возможных осложнениях, которые могут произойти как во время, так и после лечения, в том числе во время приема анальгетиков и антибиотиков.

Мне разъяснена необходимость применения обезболивания (местной инъекционной анестезии) с целью обезболивания некоторых медицинских манипуляций. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести в редких случаях к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование гематомы, отечность в области инъекции, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Я проинформировал (а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным аппаратам и лекарственным средствам в прошлом и б аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у меня заболеваниях.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я соглашаюсь с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что ожидаемый мной результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я получил (а) полную информацию о гарантийных обязательствах на оказанные услуги.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Мне понятно значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Я разрешаю использовать неидентифицирующую информацию о моем заболевании, в том числе фотографии, без указания имени и фамилии в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе, а так же предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне услуг Страховщику. Я даю согласие на проведение фото или видеосъемки, которые фиксируют мой клинический случай до и после медицинских манипуляций для сравнительной оценки результатов. Мне гарантируют, что мои фотографии или видеозаписи не будут идентифицировать мою личность при любом использовании клиникой вне моей медицинской документации.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента и договора на оказание платных медицинских услуг, понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинского вмешательства, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 ст. 20 Федерального закона № 232-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента _____/ФИО

Подпись медицинского работника _____/_____

Дата: