

Договор № возмездного оказания медицинских услуг

г. ПСКОВ

17.04.2018 г.

ООО "Клиника", имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности № ЛО-60-01-000779 от 26.03.2018, в лице заместителя директора по медицинской работе Рудёнка Фёдора Егоровича, действующего на основании доверенности №70 от 01.09.17 г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка), **Иванов Иван Иванович**, именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, совместно по тексту настоящего Договора именуемые в дальнейшем «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем.

1. Предмет договора

1.1. «Исполнитель» по заданию «Потребителя» обязуется оказать платные медицинские услуги (далее - Услуги). Объем и стоимость конкретных услуг оформляется в виде Приложения №1 к данному Договору.

1.2. «Потребитель» обязуется оплатить оказываемые медицинские услуги в размере и порядке, установленном настоящим Договором.

2. Обязанности сторон

2.1. «Исполнитель» обязан:

2.1.1. Предоставить «Потребителю» бесплатную достоверную информацию в доступной форме о режиме работы, сведения о местонахождении «Исполнителя», правилах внутреннего распорядка во время пребывания на амбулаторном лечении, об условиях предоставления медицинских услуг, их перечне, стоимости и порядке оплаты этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов;

2.1.2. Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг лицензии Учреждения и требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации;

2.1.3. Использовать в процессе лечения только разрешенные, запатентованные способы, рекомендованные российской и общемировой медицинской практикой, а также обеспечивать соответствие медицинской услуги имеющимся стандартам и нормативным правовым актам, действующим в системе здравоохранения;

2.1.4. Соблюдать конфиденциальность всей информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, или любой другой информации, касающейся состояния и здоровья «Потребителя» (врачебную тайну), в соответствии с законодательством РФ.

2.1.5. Выдать «Потребителю» при выписке по окончании лечения соответствующие документы, содержащие информацию о диагнозе, проведенном лечении, а также рекомендации по дальнейшему лечению и режиму;

2.1.6. Выдать «Потребителю» документ, подтверждающий прием наличных денег за оказанные медицинские услуги, согласно действующему законодательству РФ.

2.2. «Потребитель» обязан:

2.2.1. Оплатить оказанные ему медицинские услуги в срок и порядке, указанном в настоящем Договоре;

2.2.2. До начала лечения сообщить лечащему врачу достоверные сведения о жалобах, истории заболевания, истории жизни, сопутствующих заболеваниях, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, о случаях аллергических реакций, а также любую другую информацию о состоянии здоровья, которая может повлиять на процесс лечения, а также в целях исключения заражения или опасности заражения других лиц;

2.2.3. Во время прохождения курса лечения:

- не нарушать режим лечения;
- не употреблять алкоголь, наркотические, токсические вещества;
- не прерывать курс лечения без консультации с врачом;
- не применять не назначенных лекарственных препаратов;
- соблюдать рекомендованный режим лечения, труда и отдыха;
- сообщать лечащему врачу о любых изменениях самочувствия;

2.2.4. Строго выполнять все предписания лечащего врача и принимать только лекарственные препараты, указанные в листе назначений;

2.2.5. Соблюдать правила внутреннего распорядка при нахождении в учреждении;

2.2.6. Удостоверить личной подписью или подписью представителя Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

3. Права сторон

3.1. «Исполнитель» имеет право:

3.1.1. В одностороннем порядке отказать «Потребителю» в оказании медицинских услуг в случае, когда его состояние здоровья создает угрозу заражения персонала паразитарными и инфекционными заболеваниями;

3.1.2. В одностороннем порядке отказать «Потребителю» в оказании медицинских услуг в случае нахождения последнего в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, если состояние «Потребителя» не несет угрозы его жизни;

3.1.3. По соглашению Сторон принимать решение о переводе «Потребителя» в другую медицинскую организацию с обязательным уведомлением родственников или представителей «Потребителя». Если состояние здоровья «Потребителя» оказывается угрожающим жизни, его согласие на перевод не требуется;

3.1.4. В случае опоздания или неявки «Потребителя» в назначенное время на прием, сделать перенос приема по своему усмотрению;

3.2. «Потребитель» имеет право:

3.2.1. «Потребитель» имеет права пациента, предусмотренные Федеральным законом от 21.11.2011года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и права потребителя в соответствии с Законом о защите прав потребителей №2300-1 от 07.02.1992 года;

3.2.2. Требовать оказания услуг надлежащего качества, сведений о наличии лицензии и сертификатов, осуществлять контроль за качеством проведения процедур и получать медицинские документы установленного образца;

3.2.2. Требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии (врачебной тайны);

3.2.3. Отказаться от исполнения настоящего Договора и получить обратно уплаченную сумму с возмещением «Исполнителю» фактически понесенных расходов при оказании медицинской услуги. Отказ оформляется в письменном виде (Приложение №3).

4. Условия оказания медицинских услуг

4.1. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие «Потребителя» (Приложение №2).

4.2. «Исполнитель» приступает к оказанию услуг после подписания настоящего Договора и получения оплаты.

4.3. «Исполнитель» подтверждает «Потребителю» гарантии конфиденциальности передаваемых им сведений, составляющих врачебную тайну (информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе заболевания и иные сведения, полученные при обследовании и лечении). С согласия «Потребителя» или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, публикаций в научной литературе.

Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия «Потребителя» или его законного представителя допускается:

- в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;
- при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых поражений;
- по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством;
- в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет (больные наркоманией в возрасте до 16 лет) для информирования его родителей или законных представителей;
- при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий;

4.4. Медицинские услуги оказываются в амбулаторных условиях (в т.ч. дневного стационара).

4.5. Решение о целесообразности применения той или иной формы медицинского вмешательства принимается лечащим врачом с учетом клинического состояния пациента и с его информированного согласия.

5. Цена и порядок оплаты медицинских услуг

5.1. Стоимость Услуг определяется в соответствии с прейскурантом, утвержденным «Исполнителем»;

5.2. «Исполнитель» оформляет Приложение №1 к Договору и предоставляет его «Потребителю»;

5.3. Оплата Услуг осуществляется «Потребителем» в порядке 100-процентной предварительной оплаты до получения Услуги путем внесения наличных денежных средств в кассу «Исполнителя» или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет «Исполнителя»;

5.4. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения стоимость услуг может быть изменена «Исполнителем» с согласия «Потребителя» с учетом уточненного диагноза, сложности операции и иных затрат на лечение. Данные изменения вносятся в Приложение №1 к Договору.

6. Ответственность сторон

6.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязанностей по Договору «Исполнитель» несет ответственность в размере реального ущерба, причиненного «Потребителю» таким неисполнением;

6.2. В случае причинения вреда здоровью и жизни «Потребителю» по вине «Исполнителя», «Исполнитель» несет ответственность в соответствии с законодательством РФ;

6.3. В случае обнаружения недостатков в оказанной услуге «Потребитель» вправе по своему выбору потребовать:

- безвозмездного устранения недостатков оказанной медицинской услуги,
 - безвозмездного повторного оказания услуги,
 - возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги;
- 6.4. Меры по устранению недостатка (-ов) оказанной услуги должны быть приняты «Исполнителем» не позднее 20 дней со дня предъявления требований «Потребителем».
- 6.5. «Потребитель» вправе расторгнуть договор об оказании услуги и потребовать полного возмещения убытков, если недостатки оказанной услуги не устранены «Исполнителем» в установленный договором срок.
- 6.6. «Исполнитель» освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение медицинской услуги, если докажет, что неисполнение (ненадлежащее исполнение) произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.
- 6.7. «Исполнитель» освобождается от ответственности за вред, причиненный вследствие недостатков медицинской услуги в случае, если докажет, что вред возник вследствие нарушения «Потребителем» установленных правил пользования результатом услуги или его хранения (нарушения рекомендаций врача во время и после лечения и т.п.);
- 6.8. Вред, возникший вследствие умысла «Потребителя», в частности, при умышленном невыполнении требований, обеспечивающих качественное предоставление медицинской услуги, возмещению не подлежит.

7. Порядок регулирования и разрешения споров.

7.1. Все споры и разногласия решаются путем переговоров. В случае, если разногласия и споры не могут быть решены путем переговоров, они решаются в суде по месту нахождения «Исполнителя» в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

8. Срок действия Договора и порядок его расторжения

8.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и действует до конца календарного года. Если за 10 дней до истечения срока действия договора ни одна из сторон не изъявит желания прервать его действие, договор считается продленным на следующий год.

8.2. Договор может быть досрочно расторгнут:

- по соглашению сторон,
- по инициативе любой из сторон при условии письменного уведомления другой стороны не позднее, чем за один месяц до прекращения его действия,
- по иным законным основаниям.

9. Заключительные положения

9.1. «Потребитель» уведомлен о порядке получения медицинской помощи на территории Российской Федерации, а также о возможности получения бесплатной медицинской помощи, предусмотренной программами обязательного медицинского страхования. «Потребитель» согласен получить медицинскую помощь (медицинские услуги) в ООО «Клиника» на платной основе.

9.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах. Оба экземпляра имеют одинаковую юридическую силу. У каждой из сторон находится один экземпляр настоящего договора.

9.3. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору должны быть составлены в письменной форме и подписаны сторонами либо их законными представителями.

9.4. Лицензия на осуществление медицинской деятельности ООО «Клиника» № ЛО-60-01-000779 от 26.03.2018., (выдана Государственным комитетом Псковской области по здравоохранению и фармации, г. Псков, ул. Некрасова, д. 23; тел.69-98-99), действительна БЕССРОЧНО;

10. Адреса и реквизиты сторон:

Исполнитель:	Потребитель:	
ООО "Клиника"	Ф.И.О.:	Иванов Иван Иванович
ИНН: 6027115521	Адрес:	
ОГРН: 1086027006141 (МИФНС№1 по Псковской обл)		
Юридически адрес: 180004, г.Псков, ул. Бастионная, д. 9, офис 23	Телефон:	+ 7(999)999-99-99
Заместитель директора по медицинской работе _____/Рудёнок Ф.Е./	Подпись:	_____

СПРАВКА пациента на обработку персональных данных

Я, _____ **Иванов Иван Иванович**

(Ф.И.О. полностью)

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку ООО "Клиника" (далее - Оператор) моих персональных данных, а именно:

- фамилия, имя, отчество Иванов Иван Иванович
- пол Муж. дата рождения 10.10.2010 телефон + 7(999)999-99-99
- адрес места жительства д. , кор. , кв.
- место работы
- данные паспорта (или иного документа, удостоверяющего личность №

выдан

- данные полиса ОМС (или ДМС)
- страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС)
- сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью
- сведения о диагностических мероприятиях, проведенном лечении, данных рекомендациях.

В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на обработку моих персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Оператор имеет право:

- при обработке моих персональных данных вносить их в реестры; базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора и пациента.
- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что указанные предоставление передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты и составляет двадцать пять лет. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных

Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я согласен (а) со следующими действиями с моими персональными данными:

1. Обработка моих персональных данных в защищенных в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов;
2. Обработка моих персональных данных, защищенных в установленном порядке, без использования средств автоматизации.
3. Получение информации по каналам связи в виде смс-сообщений на мой номер сотового телефона о записи на прием, акциях, скидках и новостях клиники.

Я подтверждаю, указанный выше номер является моим номером телефона, выделенным мне оператором сотовой связи, и готов возместить любой ущерб, который может быть причинен в связи с указанием мной некорректных данных в настоящей анкете в полном объеме.

Я составляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т.ч. и в случаях ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления о расторжении настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

(подпись)

17.04.2018
(дата)

Уполномоченный представитель ООО "Клиника" _____

(подпись, Ф.И.О.)

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

Я, Иванов Иван Иванович
10.10.2010 г. рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее - Перечень)

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование. 3. Антропометрические исследования. 4. Термометрия. 5. Тонометрия. 6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций. 7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций. 8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы). 9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические. 10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, спирография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных). 11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования. 12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно. 13. Медицинский массаж.

для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в **ООО «Клиника»**.

Медицинским работником Старшая медсестра, Портье Наталия Васильевна

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

_____ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

Иванов Иван Иванович

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

/Портье Наталия Васильевна/

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. медицинского работника)