

Заявление на оказание медицинских услуг на платной основе

Я, _____, подтверждаю, что до заключения настоящего договора мне разъяснено право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи при соблюдении условий программы.

В случае, если вид медицинской услуги входит в территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, то подписывая договор на оказание платных медицинских услуг в ООО "Медицина", подтверждаю, что уведомлен о возможности получения медицинской помощи без взимания платы в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в установленном порядке.

Подписывая данное заявление, соглашаюсь на оказание медицинской услуги на платной основе, а не в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

_____ (дата)

_____ (подпись и расшифровка)

Уведомление о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) медицинской организации

ООО "Медицина" в соответствии с п.24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023г. N 736, уведомляет о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинской организации ООО "Медицина" (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя. С уведомлением ознакомлен(ы) до заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

_____ (дата)

_____ (подпись потребителя)

Договор № _____ на оказание платных медицинских услуг

г. Краснодар

_____ (дата)

ООО "Медицина", именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании _____, с одной стороны, и

гражданин(ка) _____ (Ф.И.О. полностью, дата рождения, адрес, телефон Потребителя)

именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

- 1.1. Исполнитель обязуется оказать платные медицинские услуги, перечень, стоимость и сроки ожидания которых приведены в приложении, которое является неотъемлемой частью настоящего договора, а Потребитель обязуется оплатить указанные услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.
- 1.2. Перечень и стоимость услуг, предоставляемых Потребителю, указаны в прейскуранте Исполнителя, действующем на дату составления настоящего договора.
- 1.3. При исполнении настоящего договора стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации и Краснодарского края, регулирующим предоставление гражданам платных медицинских услуг.
- 1.4. Основанием для предоставления платных медицинских услуг является добровольное желание Потребителя получить медицинские услуги за плату и наличие медицинских показаний.

2. Условия и порядок оказания услуг

- 2.1. Услуги Потребителю оказываются в соответствии с режимом работы Исполнителя, который доводится до сведения Потребителя при заключении договора.
- 2.2. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг, не предусмотренных пунктом 1.1. настоящего договора, они оформляются отдельным дополнительным соглашением к договору с указанием в нем перечня дополнительно оказываемых услуг, стоимости и сроков их ожидания, которые оплачиваются Потребителем согласно прейскуранту.
- 2.3. В случае необходимости привлечения третьих лиц для оказания медицинских услуг Потребителю, Исполнитель обязан привлекать третьих лиц, обладающих необходимыми разрешениями на оказание соответствующих медицинских услуг, а также обладающих необходимыми знаниями и квалификацией.
- При привлечении третьих лиц для оказания медицинских услуг Потребителю, Исполнитель по требованию Потребителя обязан довести до сведения Потребителя всю необходимую информацию о третьем лице, а также информацию о времени и месте оказания Потребителю данных медицинских услуг.
- 2.4. Услуги по настоящему договору могут быть оказаны в полном объеме стандарта медицинской помощи, либо в виде отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.
- 2.5. Информация о специалистах, оказывающих медицинские услуги, находится в доступной форме на информационных стендах Исполнителя, а также на официальном сайте Исполнителя.

3. Порядок расчетов

- 3.1. Стоимость оказываемых Потребителю услуг согласно прейскуранту цен, действующему на момент оказания услуги, определяется на основании приложений к настоящему договору. Общая сумма договора будет соответствовать сумме оказанных услуг согласно Приложений к настоящему Договору.
- 3.2. Оплата Потребителем производится наличным платежом в кассу или по безналичному расчету на счет Исполнителя до предоставления медицинской услуги (предоплата).
- 3.3. При оплате Исполнитель обязан выдать Потребителю кассовый чек или отправить второй экземпляр квитанции на электронную почту, при согласии Потребителя.
- 3.4. При досрочном расторжении Договора Исполнитель возвращает стоимость оплаченных услуг Потребителю в течение 10 банковских дней с момента получения письменного уведомления с учетом оплаты фактически понесенных Исполнителем расходов.

4. Права и обязанности сторон

- 4.1. Исполнитель обязан:
 - 4.1.1. своевременно и качественно оказывать Потребителю медицинские услуги в установленный договором срок;
 - 4.1.2. предоставлять Потребителю доступную для его понимания достоверную информацию о предоставляемых услугах до подписания договора;
 - 4.1.3. организовывать и оказывать медицинскую помощь в соответствии с положениями об организации осуществления медицинской помощи по видам медицинской помощи, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи;
 - 4.1.4. обеспечить Потребителя в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о разрешении (лицензии) на медицинскую деятельность, о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг, их стоимости, сроках ожидания, условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов;
 - 4.1.5. обеспечить выполнение принятых на себя обязательств по оказанию медицинских услуг силами собственных специалистов или сотрудников медицинских учреждений, имеющих с Исполнителем договорные отношения;
 - 4.1.6. вести установленную законодательством медицинскую документацию, а также учет видов, объемов и стоимости оказываемых Потребителю услуг;
 - 4.1.7. при оказании медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке;
 - 4.1.8. хранить в тайне информацию, содержащуюся в медицинской документации Потребителя, и предоставлять ее без согласия Потребителя в установленных законом случаях;
 - 4.1.9. предупредить Потребителя в случае, если требуются дополнительно оплачиваемые медицинские услуги, которые Исполнитель не вправе оказывать без согласия Потребителя;
 - 4.1.10. после исполнения Договора выдать Потребителю по его запросу медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях в порядке, установленном приказом Минздрава России от 31 июля 2020 г. № 789н либо в ином порядке, установленном действующим законодательством.
- 4.2. Исполнитель имеет право:
 - 4.2.1. требовать от Потребителя предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему медицинских услуг;
 - 4.2.2. привлекать для оказания Потребителю медицинских услуг третьих лиц;
 - 4.2.3. отсрочить или отменить оказание услуги, в случае обнаружения у Потребителя противопоказаний по состоянию здоровья;
 - 4.2.4. требовать от Потребителя полной оплаты оказанных услуг.
- 4.3. Потребитель (Пациент) обязан:
 - 4.3.1. своевременно оплатить стоимость услуги;
 - 4.3.2. предоставить Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии здоровья Потребителя, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, а заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения;
 - 4.3.3. ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по Договору;
 - 4.3.4. соблюдать в полном объеме правила и условия получения медицинской услуги, установленные Исполнителем, неукоснительно соблюдать рекомендации врачей;
 - 4.3.5. своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Потребителем условий договора, а также о необходимости изменения назначенного Потребителем времени получения медицинской услуги;
 - 4.3.6. соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности и правила поведения пациента в медицинских организациях, в соответствии Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- 4.4. Потребитель (Пациент) имеет право:
 - 4.4.1. в случае отказа Потребителя от получения услуги в любой момент её оказания, получить оплаченную сумму;
 - 4.4.2. в случае отказа Потребителя от оказания оставшихся услуг на любом этапе при оплате комплексной программы со скидкой, сумма оказанных услуг пересчитывается по стоимости без скидки, и Потребитель получает возврат в размере оставшей суммы;
 - 4.4.3. получать от Исполнителя полную, доступную для понимания, своевременную информацию о получаемой медицинской услуге; о состоянии своего здоровья, о результатах проводимого лечения, действиях лекарственных препаратов и их побочных проявлениях;
 - 4.4.4. отказаться от получения услуги в любой момент её оказания.

5. Информация о предоставляемой услуге

- 5.1. В соответствии с лицензией на медицинскую деятельность, регистрационный номер лицензии Л041-01126-23/01526073 от 14.11.2024 г. срок действия - бессрочно, выдана министерством здравоохранения Краснодарского края (г. Краснодар, ул. Коммунаров, 276 тел. 8-861-992-53-51), Исполнитель оказывает следующие виды медицинской помощи: **при осуществлении медицинской деятельности по адресу: 350065, г. Краснодар, проспект им. Писателя Знаменского, д. 9, корп. 2, офис 26/1, при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии.**
- 5.2. Потребителю до заключения настоящего договора разъяснено право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи при соблюдении условий программы. Потребитель до заключения настоящего договора ознакомлен с тем, что данный вид медицинской услуги (работы) включен либо не включен в территориальную программу оказания бесплатной медицинской помощи и не

финансируется, либо финансируется из средств ОМС (бюджетных средств) и о возмездном характере медицинских услуг по данному договору.

5.3. В случае, если данный вид медицинской услуги входит в территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, то подписывая данный договор, Потребитель подтверждает, что он уведомлен о возможности получения данного вида медицинской помощи без взимания платы в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в установленном порядке. Потребитель соглашается на оказание данного вида медицинской услуги на платной основе, а не в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

5.4. Перед оказанием медицинской услуги врач обследует Потребителя, за исключением случаев направления другой медицинской организацией к Исполнителю пациента для прохождения лабораторных или инструментальных исследований, и устанавливает отсутствие противопоказаний.

5.5. Началом предоставления медицинской услуги считается первичный осмотр, обследование и сдача анализов, окончанием – выдача врачебного заключения, результатов анализов и обследований. Сроки оказания медицинских услуг указываются в приложении к настоящему договору.

5.6. Потребитель информирован:

5.6.1. о возможных (но не обязательных) осложнениях медицинской услуги, которые могут причинить вред здоровью;

5.6.2. о несовершенстве медицинской науки и практики и невозможности, в связи с этим гарантировать ожидаемые результаты лечения.

5.7. В случае оказания услуги, связанной с медицинским вмешательством, Исполнитель обязан до начала оказания услуги получить информированное добровольное согласие Потребителя или его законного представителя.

5.8. Потребитель подтверждает, что уведомлен Исполнителем о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

6. Ответственность сторон

6.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения Исполнителем условий договора Потребитель вправе по своему выбору потребовать:

6.1.1. безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги;

6.1.2. соответствующего уменьшения цены оказанной услуги;

6.1.3. безвозмездного повторного оказания услуги;

6.1.4. возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги своими силами или третьими лицами.

6.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

7. Срок действия договора, порядок его расторжения

7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует 1(один) год.

7.2. Условия договора могут быть изменены по соглашению сторон путем оформления в письменной форме дополнений, являющихся неотъемлемой частью договора.

7.3. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

7.4. Если ни одна из сторон не сообщит о прекращении настоящего договора в письменном виде не менее чем за 30 календарных дней до окончания срока действия договора, его действие автоматически пролонгируется ежегодно.

7.5. При несогласии Потребителя с предложенным планом лечения, его стоимостью, предложенными Исполнителем в плане лечения изменениями по содержанию, срокам и стоимости медицинских услуг, при невозможности оказать в данном клиническом случае желаемую Потребителем медицинскую услугу, договор может быть расторгнут с возвратом Потребителю оплаченных, но не оказанных Исполнителем услуг, за вычетом фактически понесенных Исполнителем расходов.

8. Прочие условия

8.1. При возникновении сомнений по вопросу качества оказанных услуг Потребитель вправе направить заявление Исполнителю о проведении внутреннего контроля качества и безопасности оказанной ему медицинской помощи, в том числе с привлечением сторонних специалистов с согласия или по инициативе Потребителя.

8.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой стороны.

8.3. Все подписанные приложения к настоящему договору являются его неотъемлемой частью.

9. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель

ООО "Медицина"
ОГРН 1232300019291
Свидетельство о регистрации юридического лица выдано 13.11.2024
ИФНС № 5 по г. Краснодару
ИНН 2311347680 КПП 231201001
Юридический адрес: 350065, г. Краснодар, проспект им. Писателя Знаменского, д. 9, корп. 2, офис 26/1
Филиал "Центральный" Банка ВТБ (ПАО) р/с 40702810006810000339
к/с 30101810145250000411 БИК 044525411
Адрес места осуществления медицинской деятельности: 350065, г. Краснодар, проспект им. Писателя Знаменского, д. 9, корп. 2, офис 26/1
e-mail: medicina@klinika-evromed.ru

Потребитель

ФИО: _____
Паспорт серия _____, номер _____
Выдан: _____
Код подразделения: _____
Дата выдачи: _____
Адрес проживания/для корреспонденции: _____
Телефон: _____

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных (в том числе специальных) данных пациента

Я, _____
паспорт серии _____, номер _____
выдан:
дата выдачи:
проживающий(ая) по адресу:

в соответствии с требованиями статьи 9 Закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие ООО "Медицина" (далее – Оператор), расположенному по адресу (юридический адрес): 350065, г. Краснодар, проспект им. Писателя Знаменского, д. 9, корп. 2, офис 26/1 и представителям Оператора на обработку моих персональных данных включающих в себя: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), паспортные данные, слепки зубов, данные рентгенологических исследований, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право представителям Оператора передавать мои персональные данные (в том числе специальные), содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения, а также в сторонние лаборатории, с которыми у Оператора заключен договор.

Предоставляю Оператору право осуществлять следующие действия с моими персональными данными: 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).

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинских документов.

Срок действия настоящего согласия – бессрочно. Способ отзыва согласия – путем отправки заказным письмом с описью вложения письменного заявления об отзыве данного согласия на имя руководителя Оператора 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, и хранить в течение установленного срока, а после этого сдать в архив или уничтожить.

(дата)

(подпись и расшифровка субъекта персональных данных)

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я,

зарегистрированный (ая) 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 — виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в .

Медицинским работником:

(фамилия, имя, отчество, должность)

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 выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 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), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

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

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, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, 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, внутривожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

дата подписи

ФИО пациента (законного представителя)

подпись пациента (законного представителя)

ФИО медицинского работника, должность

подпись медицинского работника

*Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный № 24082.