

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и соглашение об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг

(фамилия, имя, отчество – полностью) _____
 паспорт: _____ выдан: _____ л _____, телефон _____
 Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, _____
 паспорт: _____, выдан _____
 являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____
 (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

поставлен (поставлена) в известность, что я (представляемый) находясь на консультации (лечении, обследовании) в ООО «Семейная Клиника»

- Получив от сотрудников ООО «Семейная Клиника» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках получения бесплатной медицинской помощи (согласно программе и (или) территориальной программе государственной гарантии), даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов(а) их оплатить;

- Мне согласно моей воли даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого);

- Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данной клинике, и обязуюсь их соблюдать;

- Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача, диагностических, лабораторных, инструментальных исследований: (нужное подчеркнуть): прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур.

Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;

- Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;

- Я извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

- Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

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

- 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» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446);

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

- Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам 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»

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

Подпись пациента/Законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Гл.врач _____ Бобрышева Е.В.

 (подпись)

ООО «Семейная Клиника», в лице главного врача Бобрышевой Екатерины Владиславовны, действующего на основании Устава, имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности, регистрационный № Л041 -01147-46/00370379 от «12» апреля 2019г., 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: акушерскому делу; медицинскому массажу; сестринскому делу; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидмиологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); гастроэнтерологии; гематологии; дерматовенерологии; кардиологии; неврологии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации); офтальмологии; офтальмологии; ревматологии; сердечно-сосудистой хирургии; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; урологии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе профессиональной пригодности. сформирована на интернет-портале Росздравнадзора, (Комитет здравоохранения Курской области, г.Курск, ул.Красной площади д.6, тел.(4712) 51-47-20) именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка) _____ паспорт серия № _____ телефон _____ зарегистрированный по адресу: _____, именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, совместно по тексту настоящего Договора именуемые в дальнейшем «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. «Исполнитель» обязуется оказать «Заказчику» следующие медицинские услуги в соответствии с прейскурантом и счетом: _____ сумму _____ руб.

с момента вступления настоящего договора в силу и до момента достижения желаемого результата, оговоренного сторонами.

1.2. Медицинская услуга предоставляется в день заключения Договора, если не оговорено иное. Сроки предоставления медицинских услуг устанавливается индивидуально (при курсовом назначении медицинской услуги, лабораторной диагностики).

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

2. Условия оказания медицинских услуг

2.1. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие «Заказчика» (Приложение № 1).

2.2. «Исполнитель» приступает к оказанию услуг после подписания настоящего договора и получения оплаты.

2.3. «Исполнитель» подтверждает «Заказчику» 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).

2.4. Медицинские услуги оказываются в амбулаторных условиях.

2.5. В случае задержки «Заказчиком» оплаты услуг, срок выполнения услуги, установленный п. 1.1. настоящего Договора, продлевается на период задержки оплаты услуги.

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

3. Права и обязанности сторон

3.1. Заказчик имеет права пациента, предусмотренные Федеральным законом от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3.2. «Заказчик» вправе требовать оказания услуг надлежащего качества, сведений о наличии лицензии и сертификата, о стоимости оказанной услуги, осуществлять контроль за качеством проведения процедур и получать от «Исполнителя» медицинские документы установленного образца.

3.3. «Заказчик» вправе отказаться от исполнения настоящего Договора при условии оплаты «Исполнителю» фактически понесенных им расходов при оказании медицинской услуги. При этом он обязан свой отказ оформить в письменном виде (Приложение 2).

3.4. «Заказчик» обязан оплатить оказанные ему медицинские услуги в срок и в порядке, которые указаны в настоящем Договоре.

3.5. «Заказчик» обязан выполнять требования, обеспечивающие качественное оказание медицинской услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений.

3.6. «Заказчик» обязан сообщить достоверные сведения о жалобах, истории заболевания, истории жизни, в частности, о перенесенных и имеющихся в настоящее время инфекционных заболеваниях в целях исключения заражения или опасности заражения других лиц.

3.7. «Заказчик» обязан строго выполнять все предписания лечащего врача и принимать только лекарственные препараты, указанные в листе назначений.

3.8. «Заказчик» во время прохождения курса лечения обязуется:

Не нарушать режим лечения;

Не употреблять алкоголь, наркотические психотропные, токсические вещества и другие средства;

Не прерывать курс лечения без консультации с врачом;

Не применять не назначенных лекарственных препаратов;

Соблюдать рекомендованный врачом режим лечения, труда и отдыха.

Соблюдать правила поведения пациента в клинике

3.9. «Заказчик» обязан строго соблюдать правила внутреннего распорядка, установленные в ООО «Семейная Клиника»

3.10.«Заказчик» дает свое согласие на конфиденциальность и безопасность персональных данных при их обработке, в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

3.11. «Исполнитель» обязан обеспечивать соответствие медицинской услуги требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, реабилитации, разрешенным на территории Российской Федерации.

3.12. «Исполнитель» обязан обеспечивать соответствие медицинской услуги имеющимся стандартам, клиническим рекомендациям утвержденным в установленном порядке, а также нормативными правовыми актами, действующими в системе здравоохранения

протоколами ведения больных, а также «Исполнитель» принимает на себя обязательство оказать услугу, указанную в п.1.1.1. настоящего договора, по общепринятым в мировой медицинской практике методикам

3.13. «Исполнитель» обязан обеспечить «Заказчика» бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о местонахождении «Исполнителя» (месте его государственной регистрации), режиме работы, правилах внутреннего распорядка клиники, перечне медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов. Довести до «Заказчика» сведения о важности прохождения всех этапов лечения.

3.14. «Исполнитель» обязан выдать «Заказчику» кассовый чек или копию бланка, подтверждающего прием наличных денег, если расчет за оказанные медицинские услуги производится за наличный расчет.

3.15. «Исполнитель» вправе требовать от «Заказчика» неуклонного исполнения всех предписаний лечащего врача.

3.16. В случае опоздания или неявки «Заказчика» в назначенное время на прием к врачу, «Исполнитель» вправе сделать перенос приема по своему усмотрению.

3.17. «Исполнитель» вправе в случае возникновения соответствующих показаний, в экстренном или плановом порядке перевести «Заказчика», с его согласия, в специализированное медицинское учреждение. Если состояние здоровья «Заказчика» оказывается угрожающим жизни, или может быть опасно для окружающих, его согласия на перевод в специализированные медицинские учреждения не требуется.

4. Порядок расчета, оплаты и сроки предоставления медицинских услуг

4.1.Стоимость оказываемых медицинских услуг определяется в соответствии с прейскурантом, утвержденным «Исполнителем».

4.2. «Исполнитель» оформляет акт выполненных работ по оказанию медицинских услуг и предоставляет его «Заказчику».

4.3. Оплата за оказанные медицинские услуги производится «Заказчиком» в порядке 100% предварительной оплаты стоимости медицинских услуг в учреждениях банка путем перечисления денег на расчетный счет «Исполнителя» или за наличный расчет.

4.4. В случае, когда невозможность оказания услуги возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает, «Заказчик» возмещает «Исполнителю» фактически понесенные им расходы.

4.5. Медицинские услуги оказываются в срок установленный нормативными документами организации.

5. Ответственность сторон

5.1. «Исполнитель» несет ответственность перед «Заказчиком» за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни «Заказчика».

5.2. В случае обнаружения недостатков в оказанной услуге «Заказчик» вправе по своему выбору потребовать: безвозмездного устранения недостатков оказанной медицинской услуги ;безвозмездного повторного оказания услуги; возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги.

5.3. Меры по устранению недостатка (-ов) оказанной услуги должны быть приняты «Исполнителем» не позднее 20 дней со дня предъявления требований «Заказчиком».

5.4. «Заказчик» вправе расторгнуть договор об оказании услуги и потребовать полного возмещения убытков, если недостатки оказанной услуги не устранены Исполнителем» в установленный договором срок.

5.5. «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.

5.6. «Исполнитель» освобождается от ответственности за вред, причиненный вследствие недостатков медицинской услуги в случае, если докажет, что вред возник вследствие непреодолимой силы или нарушения «Заказчиком» установленных правил пользования результатом услуги или его хранения (нарушения рекомендаций врача во время и после лечения и т.п.)

5.7 Вред, возникший вследствие умысла «Заказчика», в частности, при умышленном невыполнении требований, обеспечивающих качественное предоставление медицинской услуги, возмещению не подлежит.

6.2.Защита прав потребителей осуществляется судом в соответствие со ст. 17. Закона РФ от 07.02.92 г. N 2300-I «О защите прав потребителей».

6.3.Защита прав пациента осуществляется в соответствие Федеральным законом от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

7. Срок действия договора

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до момента окончания оказания медицинской услуги.

8. Заключительные положения

8.1.Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для «Исполнителя» и «Заказчика».

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

8.3.Стороны признают факсимильную подпись главного врача«Исполнителя» и печать «Исполнителя» действительной.

9. Адреса и реквизиты сторон

ЗАКАЗЧИК

Исполнитель:

Ф.И.О.

Адрес:

Паспортные данные:серия

номер

выдан:

выдачи:

телефон:

ООО «Семейная Клиника»
305038, г. Курск, ул. Мыльниковая, 15 б, офис 1,
e-mail: sklinika2012@yandex.ru
Тел. (4712)74-03-74
ИНН 4632166417
КПП 463201001
ОГРН 1124632009820 выдан ИФНС
по г. Курску
БИК 043807606
кор/с 30101810300000000606
р/с 40702810933000008258 в доп.офисе №005
Курского отделения №8596 Сбербанка РФ
www.sklinika.ru

Главный врач ООО «Семейная Клиника»

_____ Бобрышева Е.В.

6. Порядок урегулирования и разрешения споров

6.1. Споры, возникшие между Сторонами, разрешаются по соглашению сторон или в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации, на основании Правил «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты правительства РФ» утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11 мая 2023 г. N 736.

Приложение № 2

к договору № _____ от _____ г.

Отказ от проведения медицинского вмешательства

Я, _____

(фамилия, имя, отчество – полностью)

паспорт: _____, выдан: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных

граждан: Я, _____

паспорт: _____ выдан _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица,

признанного недееспособным: _____

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

находясь на консультации (лечения, обследовании) в ООО «Семейная клиника»

отказываюсь от проведения медицинского вмешательства мне (представляемому).

- Мне согласно моей воли даны полные и всесторонние сведения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (заболевания представляемого), включая данные 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;

- Мне подробно в доступной для меня форме разъяснены возможные последствия моего отказа (отказа представляемого) от предлагаемого медицинского вмешательства. Я осознаю, что отказ от медицинского вмешательства (лечения) может отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (здоровья представляемого) и даже привести к неблагоприятному исходу.

Возможные последствия отказа от медицинского вмешательства:

_____ (указываются врачом)

Дополнительная информация: _____

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно, пользуясь своим правом, предусмотренным Федеральным законом от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», отказываюсь от проведения медицинского вмешательства (лечения).

Расписался в моем присутствии:

Подпись пациента/Законного представителя

Гл.врач _____ Бобрышева Е.В.

_____ (подпись)

Отказ от проведения медицинского вмешательства

Я, _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)

паспорт: _____, выдан: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, _____

паспорт: _____ выдан _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

находясь на консультации (лечения, обследовании) в ООО «Семейная клиника»

отказываюсь от проведения медицинского вмешательства мне (представляемому).

- Мне согласно моей воли даны полные и всесторонние сведения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (заболевания представляемого), включая данные 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;

- Мне подробно в доступной для меня форме разъяснены возможные последствия моего отказа (отказа представляемого) от предлагаемого медицинского вмешательства. Я осознаю, что отказ от медицинского вмешательства (лечения) может отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (здоровья представляемого) и даже привести к неблагоприятному исходу.

Возможные последствия отказа от медицинского вмешательства:

_____ (указываются врачом)

Дополнительная информация: _____

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно, пользуясь своим правом, предусмотренным Федеральным законом от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», отказываюсь от проведения медицинского вмешательства (лечения).

Расписался в моем присутствии:

Подпись пациента/Законного представителя

Гл.врач _____ Бобрышева Е.В.

_____ (подпись)