

Уведомление

Пациент _____ уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество оказываемой услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента

Подпись _____ *расшифровка подписи* _____

**ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг**

г. Магнитогорск

« ____ » ____ 20 __ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Другое измерение» (далее- ООО «Другое измерение»), адрес: 455000, г. Магнитогорск, ул. Ленина, 27, лицензия № ЛО-74-01-001983 от 27.03.2013г., выданная Министерством здравоохранения Челябинской области, находящимся по адресу: 454000, г. Челябинск, ул. Кирова, 165, телефон +7 (351) 263-52-62, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией: оказание доврачебной помощи, в том числе: лечебная физкультура, медицинский массаж, сестринское дело, физиотерапия. Амбулаторно-поликлиническая помощь, в том числе в условиях дневного стационара на дому: лечебная физкультура и спортивная медицина, физиотерапия, эндокринология. При осуществлении доврачебной медицинской помощи по: лечебной физкультуре и спортивной медицине, функциональной диагностике. При осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе: а) при осуществлении первичной медико-санитарной помощи по: кардиологии, контролю качества медицинской помощи, неврологии, общественному здоровью и организации здравоохранения, терапии, функциональной диагностике; в) при осуществлении специализированной медицинской помощи по: дерматовенерологии, кардиологии, контролю качества медицинской помощи, косметологии (терапевтической), неврологии, общественному здоровью и организации здравоохранения, терапии, функциональной диагностике.

Свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 74 номер 004515532 ОГРН 1067446022324, дата регистрации 05.04.2006 г. регистрирующий орган Инспекция Федеральной налоговой службы по Правобережному району г. Магнитогорска Челябинской области), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице администратора _____, действующего на основании Доверенности № _____ с одной стороны, и гражданин _____ (-ка):

_____ (ФИО пациента, адрес места жительства и номер контактного телефона), именуемый (-ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

I. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. На условиях настоящего Договора Исполнитель обязуется оказать Пациенту на возмездной основе медицинские услуги, а Пациент обязуется принять и оплатить медицинские услуги, оказанные Исполнителем в порядке и в сроки, установленные в Договоре.

1.2. Объем оказываемых по настоящему Договору услуг определяется желанием Пациента и организационно-техническими возможностями Исполнителя. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором, срок их предоставления и стоимость приведены в Приложении №1, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора

1.3. Перечень и стоимость медицинских услуг, оказываемых Исполнителем, содержатся в Прейскуранте цен. В момент подписания настоящего Договора пациент ознакомлен с перечнем работ (услуг), отраженных в лицензии на медицинскую деятельность, Прейскурантом цен Исполнителя, понимает содержащуюся в них информацию, согласен с действующими ценами на медицинские услуги, а также уведомлен о том, что оплаченные денежные средства по настоящему Договору не подлежат возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования.

II. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными правовыми актами Российской Федерации, в том числе с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.1.2. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

2.1.3. Предупредить Пациента в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных в Договоре. Исполнитель предоставляет дополнительные медицинские услуги на возмездной основе с согласия Пациента. В случае если при

предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.1.4. Обеспечивать применение разрешенных к применению в Российской Федерации лекарственных препаратов, лечебного питания, медицинских изделий, дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных средств, расходных материалов, изделий медицинского назначения, медицинского оборудования.

2.1.5. Предоставлять Пациенту достоверную информацию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

об используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

2.1.6. Вести медицинскую документацию в установленном порядке. После исполнения договора выдать Пациенту копии медицинских документов, отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

2.1.7. Исполнитель гарантирует обязательное соблюдение санитарного режима, наличие соответствующих сертификатов врачей.

2.1.8. Предупредить Пациента о невозможности оказания платных медицинских услуг при выявлении противопоказаний.

2.1.9. Оказывать платные медицинские услуги в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе и с согласия Пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Требовать от Пациента предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему платных медицинских услуг.

2.2.2. Требовать от Пациента бережного отношения к имуществу Исполнителя и соблюдения им Правил внутреннего распорядка Исполнителя.

2.2.3. В случае опоздания Пациента более чем на десять минут к назначенному времени после согласования с лечащим врачом перенести срок получения услуг.

2.2.4. Прогнозируемые гарантии устанавливаются врачом индивидуально исходя из общего состояния здоровья пациента, выполняемости плана лечения, клинической картины.

2.2.5. С письменного согласия Пациента направлять результаты анализов Пациента по адресу электронной почты, указанной Пациентом.

2.3. Пациент обязуется:

2.3.1. Своевременно и в полном объеме оплачивать предоставленные медицинские услуги, в соответствии с условиями настоящего Договора.

2.3.2. До оказания медицинской помощи информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, точно выполнять назначения врача по лечению, а также указания, предписанные на период после оказания услуг.

2.3.3. Выполнять Правила внутреннего распорядка Исполнителя требования и предписания медицинского персонала Исполнителя. Соблюдать внутренний режим нахождения в медицинской организации, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

2.3.4. Выполнять личные санитарно-гигиенические процедуры, направленные на поддержание своего здоровья и санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя.

2.3.5. Бережно относиться к имуществу Исполнителя. В случае причинения ущерба Исполнителю вследствие утраты или порчи имущества, вызванного действиями или бездействием Пациента и/или лиц его сопровождающих Пациент обязуется в течение 30 дней возместить Исполнителю действительный нанесенный ущерб в полном объеме.

2.3.6. Подписать и предать Исполнителю акт оказанных услуг.

2.4. Пациент имеет право:

2.4.1. На выбор врача-специалиста.

2.4.2. На профилактику, диагностику, лечение в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.

2.4.3. На получение консультаций врачей-специалистов.

2.4.4. На получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, на выбор лиц, которым в интересах Пациента может быть передана информация о состоянии здоровья лица, в интересах которого действует Пациент.

2.4.5. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну.

2.4.6. На отказ от медицинского вмешательства.

2.4.7. Пациент либо его законный представитель имеет право на основании письменного заявления получать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов (ч. 5 ст. 22 Закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ)

2.5. Порядок получения Пациентом информации о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования диагнозе заболевания и т.д.

Пациент имеет право выбрать получение информации о состоянии своего здоровья одним из перечисленных способов:

- получение информации лично на руки или доверенным лицам,
- получение в форме электронного сообщения в личный кабинет,
- получение по электронной почте,
- получение информации посредством телефонной связи, путем сообщения пациентом кодового слова.

Получение информации посредством электронного сообщения в личный кабинет, по электронной почте, телефонной связи (путем сообщения пациентом кодового слова) осуществляется на основании письменного заявления Пациента.

Кодовое слово - секретный пароль, назначаемый Пациентом самостоятельно, не подлежащий разглашению третьим лицам, предназначенный для идентификации Пациента, который он называет при получении информации о состоянии своего здоровья. Указывается на русском языке в Заявлении о способе выбора предоставления информации о состоянии здоровья.

Только Пациент вправе изменять Кодовое слово. Кодовое слово может изменяться Пациентом необходимое количество раз на основании письменного заявления. В качестве кодовых слов не могут быть использованы слова и словосочетания, содержащие ненормативную лексику, а также оскорбительные высказывания и выражения.

Предоставление Пациенту информации о состоянии его здоровья посредством телефонной связи, электронного сообщения в личный кабинет, по электронной почте, не является незаконным разглашением врачебной тайны и может осуществляться Исполнителем при наличии соответствующего заявления, подписанного Пациентом, с указанием кодового слова.

В случае утери кодового слова, логина или пароля, дающих право доступа в личный кабинет, электронную почту, а также наступления других обстоятельств, следствием которых может стать несанкционированный доступ к информации третьих лиц, Пациент обязан сообщить Исполнителю не позднее 1 (одного) рабочего дня, следующего за днем наступления события. Сообщение должно быть составлено в виде письменного заявления, заполненного в свободной форме, для блокировки оказания услуги Исполнителем, и передано (лично, через доверенное лицо) Исполнителю.

III. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, СРОКИ, ВИДЫ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ.

3.1. Стоимость предоставляемых медицинских услуг определяется на основании Прейскуранта цен Исполнителя в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг (Приложении №1). Пациент оплачивает услуги, в течение суток, по цене, указанной в Приложении №1к настоящему Договору. Оплата услуг осуществляется через кассу Исполнителя, либо в безналичном порядке. Пациенту выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца).

3.2. При оказании медицинских услуг на основании абонементного обслуживания (курса процедур), порядок оплаты и количество услуг, определяются дополнительным соглашением к настоящему договору.

Если Пациент воспользуется медицинскими услугами, подлежащими оплате, в меньшем количестве, чем это предусмотрено на основании абонементного обслуживания, то в таком случае, стоимость каждой медицинской услуги оплачивается исходя из цен при разовом посещении, предусмотренных Прейскурантом.

3.3. Пациенту, направленному в клинику Исполнителя страховой компанией Пациента в соответствии с условиями его договора на ДМС медицинские услуги, предусмотренные программой ДМС и Страховым полисом Пациента, оказываются за счет страховых взносов на добровольное медицинское страхование по программам добровольного медицинского страхования страховой компании Пациента в соответствии с договором между Исполнителем и страховой компанией на предоставление лечебно-профилактической помощи по программе ДМС. Медицинские услуги, не входящие в Программу ДМС Пациента, оплачиваются Пациентом дополнительно за счет собственных средств в порядке и размере, предусмотренном настоящим договором.

3.4. Оплата услуг может быть произведена путем внесения Пациентом авансового платежа на лицевой счет самого Пациента (депозит). С момента его внесения пациент приобретает право на оказание ему медицинских услуг на сумму внесенного платежа в соответствии с условиями настоящего договора. Исполнитель по мере исполнения своих обязательств перед пациентом расходует с его лицевого счета денежные средства в сумме, соответствующей объему предоставленных медицинских услуг, для чего ему согласие пациента получать не требуется. Информация о наличии денежных средств на лицевом счете сообщается Исполнителем Пациенту по его просьбе.

3.5. Способом оплаты медицинских услуг Пациент может использовать подарочные сертификаты, по номиналу которых, пациент приобретает право оплатить часть или полностью всю стоимость медицинских услуг в соответствии с условиями такого документа. Подарочный сертификат не является именной и обязанность по исполнению обязательств, удостоверенных сертификатом, не поставлена договором в зависимости от каких-либо условий, в том числе предъявления документа, подтверждающего факт уплаты за них денежных средств.

IV. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ

4.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует в течение 12 календарных месяцев, но в любом случае до полного выполнения обязательств, принятых Сторонами по настоящему Договору.

4.2. Договор считается пролонгированным на тех же условиях и на тот же срок, если Стороны за 30 календарных дней до истечения срока его действия не заявят письменного намерения о прекращении договора. Количество пролонгаций не ограничено.

4.3. В случае отказа Пациентом после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Пациента о расторжении договора по инициативе Пациента, при этом Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

4.4 Договор может быть изменен по обоюдному согласию сторон в порядке, предусмотренном текущим законодательством.

V. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН И ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Пациентом условий настоящего Договора, в случаях осложнений и побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма, а также в случае, если Пациент не проинформировал Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, вследствие нарушения (несоблюдении) рекомендаций врачей, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

5.3. Пациент возмещает Исполнителю убытки, если Исполнитель не смог оказать медицинские услуги или прекратил их по вине Пациента.

5.4. Законный представитель возмещает Исполнителю убытки, если Исполнитель не смог оказать медицинские услуги или прекратил их по вине Законного представителя. Все споры и разногласия, возникшие между Сторонами по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров между Сторонами, а в случае не достижения согласия - в суде общей юрисдикции.

VI. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

6.1. Услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Пациента приобрести медицинскую услугу на возмездной основе.

6.2. Пациент предоставляет Исполнителю всю документацию, информацию и другие сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.

6.3. Пациент ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых услуг.

VII. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.1. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, которые имеют одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

Пациент подтверждает, что при подписании настоящего договора с Правилами поведения пациентов в ООО «Другое измерение» ознакомлен _____.

Исполнитель

ООО «Другое измерение»
Юр. адрес: 455044, г. Магнитогорск, пр. Ленина, 88/2
Фактический адрес: 455000, г. Магнитогорск, пр. Ленина, 27
К/с 3010181070000000949, Р/с 40702810300000105353
в ОАО «КредитУралБанке» г. Магнитогорска
ИНН 7446047217, КПП 745601001, БИК 047516949

_____ / _____

Пациент
Гр. _____
адрес: _____
Паспорт: серия _____, номер _____
выдан _____

_____ / _____ подпись

МП

Образец проложения.

Приложение №1
к Договору от _____ № _____

Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором от _____ № _____

№ п/п	Наименование платной медицинской услуги	Стоимость	Срок предоставления медицинской услуги

ООО «Другое измерение» Юр.адрес: 455044, г. Магнитогорск, пр. Ленина, 88/2 Фактический адрес: 455000, г. Магнитогорск, пр. Ленина, 27 К/с 3010181070000000949, Р/с 40702810300000105353 в ОАО «КредитУралБанке» г. Магнитогорска ИНН 7446047217, КПП 745601001, БИК 047516949 _____/_____	Пациент Гр. _____ адрес: _____ Паспорт: серия _____, номер _____ выдан _____ _____/_____ подпись
---	---

МП