Договор с пациентом на оказание платных медицинских услуг

УВЕДОМЛЕНИЕ

В соответствии с п. 20 Постановления Правительства РФ от 11.05.2023 г.№ 736  Медицинский центр "Гастроклиника" Общества с ограниченной ответственностью «ПЕРЕСТРОЙКА-ЦЕНТР» до заключения договора об оказании платных медицинских услуг настоящим уведомляет о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (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 пациента.

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /

                                                                                                         Договор №

                                                                        на оказание платных медицинских услуг

г. Ярославль

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Медицинский центр «Гастроклиника» ООО «Перестройка-Центр» в лице Директора Чеканова Максима Сергеевича, действующего на основанииУстава, именуемое в дальнейшем «Клиника», с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающий по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА. ПЕРЕЧЕНЬ И СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ УСЛУГ

1.1. Клиника обязуется оказать Пациенту на возмездной основе медицинские услуги, а Пациент обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставляемых медицинских услуг.

1.2. Перечень, стоимость и сроки медицинских услуг, оказываемых Пациенту в соответствии с настоящим Договором, определяется в Приложении № 1 (Дополнительное соглашение), которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.3. По медицинским показаниям с согласия Пациента ему могут быть оказаны и иные услуги (в рамках имеющейся у Клиники лицензии), перечень и стоимость которых согласовывается в дополнительном соглашении к настоящему договору.

2. УСЛОВИЯ, ПОРЯДОК И СРОКИ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

2.1. Клиника оказывает услуги по настоящему Договору в помещении по адресу: 150000, г. Ярославль, ул. Свободы, 46, в соответствии с режимом работы Клиники и графиком работы медицинских работников Клиники, либо, в случае необходимости, амбулаторно, на дому у пациента.

2.2. Предоставление услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Пациента на прием по телефону регистратуры +74852208308 или посредством сети Интернет через сайт Клиники.

2.3. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору производится Пациентом путём внесения аванса в размере 100%, не позднее дня оказания услуги всеми способами, не запрещенными законодательством РФ.

2.4. Пациент заверяет, что при заключении настоящего Договора:

●      Клиника ознакомила Пациента с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

●      Клиника в доступной форме проинформировала Пациента о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

●      Клиника ознакомила Пациента со своими локальными актами, в том числе регламентирующими порядок предоставления платных медицинских услуг: Правилами предоставления платных медицинских услуг, Прейскурантом цен на платные медицинские услуги, Положением об обработке персональных данных, Положением о порядке внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности и иными;

●      платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявление Пациента приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет его средств;

●      оказание медицинских услуг по договору не в объеме стандарта осуществляется по просьбе Пациента в соответствии с п.10 Постановления Правительства РФ №1006 от 04.10.2012;

●      подписанием данного договора Пациент подтверждает свое согласие на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение) своих персональных данных в том числе посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки и отчетные формы в соответствии 152-ФЗ от 27.07.2006 года «О персональных данных».

2.5. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Пациента, если такое согласие требуется в соответствии с действующим законодательством.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Клиника обязуется:

3.1.1. Своевременно и качественно оказывать услуги в соответствии с условиями настоящего Договора по действующим на момент заключения договора или дополнительного соглашения ценам (тарифам) после предоплаты медицинских услуг.

3.1.2.При предоставлении медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.

3.1.3. Предоставить Пациенту в установленном порядке в доступной форме установленную законодательством информацию о Клинике и предоставляемых медицинских услугах.

3.1.4. Соблюдать 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан», иные нормативные акты и локальные акты Клиники, связанные с осуществлением медицинской деятельности и предоставлением платных медицинских услуг.

3.2. Клиника вправе:

3.2.1. Требовать от Пациента предоставления полной и достоверной информации, необходимой для качественного оказания ему медицинских услуг;

3.2.2. Отказать Пациенту в предоставлении медицинских услуг в случаях, невозможности их оказания, а также в случаях, предусмотренных действующим законодательством.

3.2.3. Осуществлять обработку персональных данных Пациента в порядке и пределах, установленных законодательством РФ.

3.3. Пациент обязан:

3.3.1. Заблаговременно информировать Клинику о необходимости отмены или изменении назначенного ему времени получения медицинской услуги. В случае опоздания Пациента более чем 20 (двадцать) минут по отношению к назначенному Пациенту времени получения услуги Клиника оставляет за собой право на перенос или отмену срока получения услуги.

3.3.2. Добросовестно и полно предоставить Клинике сведения (в особо сложных случаях подтвержденные медицинскими документами) о перенесенных ранее заболеваниях, принимаемых медицинских препаратах, непереносимости или аллергических реакциях (в том числе на лекарственные средства), и вредных привычках (курение, употребление алкоголя и наркотических веществ), о перенесенных ранее хронических заболеваниях, оперативных вмешательствах и травмах, принимаемых лекарственных препаратах, ухудшении состояния здоровья в период, предшествующий медицинскому вмешательству, а также о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению условий договора или влияющих на качество оказываемых услуг, путем предоставления медицинских документов, заполнения предложенной Клиникой анкеты пациента и при устном опросе специалистами Клиники.

3.3.3. Соблюдать в полном объеме правила и условия получения медицинской услуги, установленные Исполнителем, неукоснительно соблюдать рекомендации и режим лечения, установленные врачами Клиники, исполнять обязанности граждан в сфере охраны здоровья, установленные 323-ФЗ от 21.11.2011.

3.3.4. Своевременно оплатить стоимость услуг, предусмотренных настоящим договором и дополнительными соглашениями к нему.

3.4. Пациент вправе:

3.4.1. В доступной для него форме получать информацию о состоянии его здоровья, о медицинских услугах по настоящему договору.

3.4.2. Требовать сохранения конфиденциальности информации, содержащей врачебную тайну, в порядке, установленном ст.13 323-ФЗ от 21.11.2011.

3.4.3. Отказаться от медицинского вмешательства в письменной форме в порядке, предусмотренном Клиникой в соответствие с действующим законодательством. При этом Клиника не несет ответственности за возможные негативные последствия отказа Пациента от медицинского вмешательства.

4. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

4.1. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору производится Пациентом путём внесения аванса в размере 100%, не позднее дня оказания услуги всеми способами, не запрещенными законодательством РФ.

5. СВЕДЕНИЯ О КЛИНИКЕ

5.1. Юридический адрес: 150000, г. Ярославль, ул. Свободы, 46
ОГРН 1037600800665, ИНН 7602035268

5.2. Клиника осуществляет медицинскую деятельность на основании Лицензии ЛО41-01132-76/00309278, выданной 26 октября 2016 года Департаментом здравоохранения и фармации Ярославской области.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ

6.1. За ненадлежащее исполнение настоящего договора Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.

6.2. Договор может быть изменен или расторгнут по соглашению сторон, путем подписания соглашения.

6.3. Изменение договора в одностороннем порядке не допускается.

6.4. Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе любой из сторон с обязательным предварительным уведомлением друг друга не менее чем за 10 рабочих дней.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до исполнения всех обязательств, взятых на себя сторонами.

7.2. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

7.3. Стороны пришли к соглашению об использовании факсимильной подписи лица, уполномоченного подписывать дополнительные соглашения, приложения к настоящему Договору со стороны Исполнителя. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной и факсимильной подписи.

7.4. Листки нетрудоспособности Клиникой не выдаются.

8. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Пациент:

Клиника:

ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

“Структурное подразделение” МЦ “Гастроклиника”

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Юр. адрес: 150000, г. Ярославль, ул. Свободы, 46

Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ОГРН 1037600800665, ИНН 7602035268

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон: +74852208308

Экземпляр договора на руки получил \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Директор ООО "Перестройка-Центр" “Структурное подразделение”
МЦ “Гастроклиника” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Чеканов М.С./

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных.

Я, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ проживающий по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подтверждаюсвое согласие на обработку Медицинский центр "Гастроклиника" Общества с ограниченной ответственностью «ПЕРЕСТРОЙКА-ЦЕНТР» (далее –Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моегоздоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинскогодиагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинскойдеятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональныеданные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования илечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать моиперсональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренныедокументами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моимиперсональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или поканалам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будутосуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (длястационара, пять лет – для поликлиники).

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может бытьнаправлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителюОператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратитьих обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный телефон(ы)

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ЛЕЧЕНИЕ

(родителей, законного представителя) на получение медицинской помощи в клинике Медицинский центр "Гастроклиника" Общества сограниченной ответственностью «ПЕРЕСТРОЙКА-ЦЕНТР», имеющем Лицензию на осуществление медицинской деятельности ЛО-76-01-002029,выданной 26 октября 2016 года Департаментом здравоохранения и фармации Ярославской области.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ проживающий по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-проинформирован о том, что мне необходимо выполнить медицинское вмешательство.

Я поставлен в известность, что целью медицинского вмешательства является получение благоприятного результата лечения, предотвращениенеблагоприятных последствий, осложнений заболевания.

Мне разъяснены основные этапы и ход медицинского вмешательства, я понял цели медицинского вмешательства и не имею по этому поводувопросов к медперсоналу. Согласен на проведение обследования в предложенном объеме. Я сообщил сведения о наличии у меня сопутствующихзаболеваний, а также болезнях и операциях, перенесенных раньше.
Мне известно, что сам по себе факт выполнения медицинского вмешательства не приводит к выздоровлению автоматически. Понимаю, что длядостижения необходимого результата, кроме медицинского вмешательства, потребуется длительное высококвалифицированное лечение. Японимаю, что медицинское вмешательство проводится на поврежденных при травме или пораженных заболеванием тканях моего организма, способность которых к заживлению понижена. Мне известно, что 100 % гарантии хороших результатов как медицинского вмешательства, так илечения в целом дано быть не может.
Я осознаю, что любое медицинское вмешательство связано с риском для здоровья. Понимаю, что во время медицинского вмешательства или посленего могут появляться не предвиденные ранее неблагоприятные обстоятельства, а также возникнуть осложнения. При этом врачи могут бытьпоставлены перед необходимостью значительно изменить доведенный до моего сведения план лечения. Может потребоваться дополнительноемедицинское вмешательство, могут удлиниться общие сроки лечения. При хирургическом лечении не исключены болевые ощущения во времянекоторых манипуляций.
До моего сведения доведено, что планируемое медицинское вмешательство не связано с устранением непосредственной угрозы для моей жизни, поэтому потребность в нем не является абсолютной. С другой стороны, мне понятно, что длительное откладывание или отказ от медицинскоговмешательства приведут к стойким и, возможно, неустранимым нарушениям структуры и функции поврежденных органов (тканей, конечностей, отделов), что в итоге неблагоприятно повлияет на мое здоровье и ухудшит качество моей жизни.

Потому, сознавая все вышеизложенное, я обращаюсь к персоналу отделения с просьбой о проведении медицинского вмешательства и обязуюсь впослеоперационном периоде выполнять все рекомендации врачей.

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /