

г. Новосибирск

« ____ » _____ 2019 г.

ООО "Реафан", именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Главного врача Никулиной Ларисы Геннадьевны, действующей на основании Устава, с одной стороны и гражданин(ка), действующий от собственного имени, или действующий через законного представителя _____, _____ г.р. проживающего по адресу: _____, ул. _____, дом № _____, кв. _____, Паспорт: Серия: _____ № _____, Выдан: _____ года _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель» с другой стороны, вместе именуемые «Стороны» заключили настоящий договор (далее по тексту – Договор) о нижеследующем:

1. Сведения об Исполнителе

1.1. Наименование: Общество с ограниченной ответственностью "Реафан"; адрес: 630099, Новосибирск г, ул. Ядринцевская, дом №14.

1.2. Исполнитель внесен в Единый государственный реестр юридических лиц, ОГРН 1045402496292 присвоен 17.08.2004., регистрирующий орган: Инспекция министерства Российской Федерации по налогам и сборам по Центральному району г. Новосибирска;

1.3. Исполнитель имеет лицензию на осуществление медицинской деятельности № ЛО-54-01-005627 от 25 сентября 2019г., выданную Министерством здравоохранения Новосибирской области (630011, г. Новосибирск, ул. Красный проспект, 18; (383) 222-15-61). Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность ООО "Реафан" в соответствии с лицензией: 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, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, педиатрии, терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), гастроэнтерологии, дерматовенерологии, кардиологии, неврологии, нефрологии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации), ультразвуковой диагностике, урологии, эндокринологии; при проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности.

2. Предмет договора

2.1. В соответствии с настоящим Договором Исполнитель обязуется в течение срока действия договора оказывать Потребителю на возмездной основе медицинские услуги, в соответствии с Прейскурантом, утвержденным Исполнителем, а Потребитель обязуется своевременно оплачивать медицинские услуги, предоставляемые по настоящему Договору и выполнять требования Исполнителя, обеспечивающие своевременное и качественное оказание Услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.

Перечень медицинских услуг, оказываемых Потребителю (Заказчику) в соответствии с настоящим Договором, определяется в Спецификациях (по форме согласно Приложения №1 к настоящему договору), которые являются приложением к настоящему Договору.

2.2 Перечень и стоимость услуг, предоставляемых Потребителю, определяются действующим прейскурантом Исполнителя. По медицинским показаниям и с согласия Потребителя в рамках настоящего Договора ему могут быть оказаны и иные услуги, виды, стоимость и сроки предоставления которых, согласовываются Исполнителем с Потребителем или его представителем дополнительно и оформляются соответствующими дополнительными соглашениями.

2.3. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя (Заказчика), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, которое является Приложением №2 к настоящему Договору.

3. Условия, порядок и сроки оказания услуг

3.1. Исполнитель оказывает услуги в срок, указанный в Спецификации по адресу: Новосибирск г, ул. Ядринцевская, дом №14.; в рабочие дни с 8.00 до 20.00, в субботу с 8.00 до 20.00, выходной – воскресенье. Предоставление услуг по настоящему Договору происходит в соответствии с Правилами предоставления платных медицинских услуг в порядке предварительной записи Потребителя. Предварительная запись осуществляется через регистратуру Исполнителя. Телефон регистратуры: (383) 2030303. В особых случаях, при получении неотложной помощи, услуги предоставляются Потребителю без предварительной записи и вне установленной очереди.

3.2. Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

- ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012 г. № 1006);

- разъяснил порядок и условия получения медицинских услуг на безвозмездной основе в рамках Территориальной программы государственных гарантий. С условиями Программы Потребитель ознакомлен;

- ознакомил его с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;

- уведомил Потребителя 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 её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- уведомил о полной стоимости услуг;

- исполнитель разъяснил Потребителю, что не участвует в реализации программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

3.3. Подписав настоящий Договор, Потребитель подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

3.4. Потребитель гарантирует, что он заключает настоящий Договор не вследствие стечения тяжелых обстоятельств на крайне невыгодных для себя условиях и настоящий Договор не является для него кабальной сделкой.

4. Порядок расчетов

4.1. Оплата услуг производится наличными в кассу Исполнителя с применением контрольно-кассовых машин или путем перечисления на расчетный счет Исполнителя. Потребителю выдается документ, подтверждающий произведенную оплату медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности).

4.2. В случае согласованного с Потребителем изменения стоимости оказываемых Исполнителем платных медицинских услуг, в процессе лечения делается перерасчет и производится оплата услуг по Прейскуранту на момент оказания услуги с учетом этих изменений. Согласование изменений стоимости оказываемых Исполнителем медицинских услуг потребителю производится путем подписания сторонами дополнительного соглашения к настоящему договору.

4.3. В случае остатка денежных средств, внесенных Потребителем/Заказчиком Исполнителю в качестве аванса, после окончательных расчетов за оказанные услуги, указанные денежные средства подлежат возврату Потребителю на основании письменного заявления Потребителя по правилам установленным в настоящем Договоре.

4.4. По каждому факту оказания услуг в рамках настоящего Договора, указанных в Спецификации к Договору, Исполнитель и Потребитель подписывают Акт сдачи-приёмки оказанных платных медицинских услуг (Приложение №3 к настоящему Договору).

5. Права и обязанности сторон

5.1. Исполнитель обязуется:

- 5.1.1. Оказывать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии со Спецификацией, согласно п. 2.1. настоящего Договора
- 5.1.2. Оказывать Услуги, качество которых должно соответствовать условиям Договора, а при отсутствии и (или) неполноте условий Договора - требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.
- 5.1.3. В соответствии с п.4.4. по факту оказания услуг предоставлять на подпись Потребителю Акт сдачи-приёмки оказанных платных медицинских услуг (Приложение №3 к настоящему Договору).
- 5.1.4. Предоставить Потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию: о состоянии здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, о ходе оказания медицинской услуги, возможных медицинских противопоказаниях по предоставляемой медицинской услуге, возможном дискомфорте, осложнениях и ухудшениях в состоянии здоровья при проведении медицинских услуг, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения; об используемых при предоставлении Услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности, показаниях (противопоказаниях) к применению.
- 5.1.5. Предупредить Потребителя о необходимости предоставления дополнительных медицинских услуг на возмездной основе, не предусмотренных настоящим договором и (или) дополнительным соглашением. Без согласия Потребителя Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные Услуги на возмездной основе.
- 5.1.6. При получении письменного заявления Потребителя (законного представителя потребителя) выдавать в течение трех рабочих дней с момента его получения, копии медицинских документов, выписки из медицинских документов, отражающие состояние здоровья после получения услуг.
- 5.1.7. Не использовать без согласия Заказчика способы диагностики, не проводить лечебные процедуры введения медицинских препаратов, способных нанести вред здоровью Потребителю.
- 5.1.8. Соблюдать конфиденциальность информации, касающейся самочувствия и здоровья Заказчика и факта обращения его за медицинской помощью (врачебная тайна).
- 5.1.9. Вести учетно-отчетную документацию по формам, установленным федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения и статистики.
- 5.1.10. Предупредить Заказчика до начала оказания услуг о возможности получения того же объема услуг по программе гарантированной помощи населению предоставляемой государством бесплатно.
- 5.1.11. Исполнитель несет и иные обязанности, предусмотренные действующим законодательством.

5.2. Исполнитель имеет право:

- 5.2.1. Отказать Потребителю в оказании Услуг при наличии у него медицинских противопоказаний.
- 5.2.2. Получать от Потребителя полную и достоверную информацию, необходимую для оказания услуг по договору.
- 5.2.3. Направить Потребителя, в случае необходимости, на дополнительные методы обследования или лечения. При отсутствии соответствующих технических возможностей у Исполнителя, Исполнитель оставляет за собой право направить Потребителя в иное медицинское учреждение.
- 5.2.4. Требовать оплаты Услуг в соответствии с разделом п. 4 Договора.
- 5.2.5. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для оказания Услуги, назначить другого врача, уведомив Потребителя и с его согласия.
- 5.2.6. На расторжение договора в случае несогласия Потребителя с предложенным Исполнителем планом лечения, в результате чего не представляется возможным достижения положительных результатов в работе. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения Услуг, расторгнуть договор предварительно

проинформировав Потребителя.

5.2.7. В случае возникновения неотложных состояний Потребителя, Исполнитель имеет право самостоятельно определять объем исследований и оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных настоящим Договором.

5.2.8. Исполнитель имеет другие права, предусмотренные действующим законодательством.

5.3. Потребитель обязан:

5.3.1. Потребитель при обращении к Исполнителю обязан сообщить достоверные, полные и необходимые для качественного оказания Услуг сведения о своем здоровье (об имеющихся наследственных или перенесённых заболеваниях, госпитализациях и операциях, известных ему аллергических реакциях, медицинских противопоказаниях и т.п.) и предоставить другие сведения, необходимые для проведения правильной диагностики и лечения.

5.3.2. Подписать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, которое является неотъемлемой частью настоящего договора.

5.3.3. Сообщать о любых переменах в состоянии здоровья в период оказания Услуг.

5.3.4. Точно выполнять назначения лечащего врача, соблюдать план диагностики и лечения.

5.3.5. Являться на прием в строгом соответствии с указанным в соответствующем дополнительном соглашении временем и (или) с назначением специалистов Исполнителя. При невозможности своевременного посещения специалистов Исполнителя по уважительной причине Потребитель обязан заблаговременно, предупредить сотрудников Исполнителя через регистратуру. В случае опоздания Потребителя более чем на 15 (пятнадцать) минут, по отношению к назначенному Потребителю времени получения услуги, указанному в дополнительном соглашении, Исполнитель оставляет за собой право на перенос или отмену срока получения услуги с последующим предоставлением данной услуги Потребителю в порядке «живой» очереди и (или) через назначение нового времени ее оказания.

5.3.6. Согласовывать с лечащим или дежурным врачом Исполнителя употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей, БАДов.

5.3.7. Соблюдать правомерные указания и рекомендации Исполнителя, обеспечивающие качественное оказание Услуг, в том числе правила поведения в медицинских организациях, режим работы Исполнителя.

5.3.8. Надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Потребителем настоящего Договора.

5.3.9. Заблаговременно за 24 часа информировать Исполнителя о необходимости отмены или изменения назначенного ему времени получения Услуги, указанной в соответствующем дополнительном соглашении.

5.3.10. Соблюдать внутренний режим нахождения в медицинской организации, правила техники безопасности и пожарной безопасности;

5.3.11. Исправно посещать медицинскую организацию, с целью получения медицинских услуг, приобретенных по настоящему договору;

5.3.12. Оплатить Услуги в порядке и сроки, которые определены настоящим Договором и/или дополнительным соглашением.

5.3.13. Потребитель несет и иные обязанности, предусмотренные действующим законодательством.

5.4. Потребитель имеет право:

5.4.1. В доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения 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.

5.4.2. Требовать получения в доступной форме информации о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую Услугу (его профессиональном образовании и квалификации); об используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности, показаниях (противопоказаниях)

к применению; другие сведения, относящиеся к предмету договора.

5.4.3. Выбирать лечащего врача с учетом специализации врача и его согласия. Выбирать время приема у врача из имеющегося свободного.

5.4.4 При письменном заявлении получать, в установленном порядке, отражающие состояние здоровья копии медицинских документов и выписки из медицинских документов.

5.4.5. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением Исполнителем условий настоящего Договора, возмещение ущерба, в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством РФ.

5.4.6. Отказаться от получения Услуг при оплате Исполнителю фактически понесенных им расходов.

5.4.7. При обнаружении недостатков оказанной услуги, воспользоваться правами, предусмотренными статьей 29 Закона РФ «О защите прав потребителей»;

5.4.8. Потребитель имеет другие права, предусмотренные действующим законодательством.

6. Конфиденциальная информация

6.1. Исполнитель обязуется хранить в тайне сведения о факте обращения Потребителя за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна) в соответствии с требованиями законодательства РФ. В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 № 152-ФЗ «О персональных данных» № 152-ФЗ Потребитель подписывает Согласие на обработку персональных данных.

7. Ответственность сторон

7.1. В случае неоплаты Потребителем стоимости Услуг, Исполнитель имеет право отказать Потребителю в оказании услуг до оплаты последним ее стоимости. Исполнитель не несет ответственности за результаты оказания Услуг в случаях несоблюдения Потребителем плана лечения, рекомендаций Исполнителя и(или) иных неправомерных действий. В остальных случаях Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством.

7.2. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье.

7.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Потребителем условий настоящего Договора.

7.4. Потребитель возмещает Исполнителю понесенные убытки, если он не смог оказать услугу или был вынужден прекратить ее оказание по вине Потребителя.

8. Рассмотрение споров

8.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, разрешаются сторонами путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

9. Порядок изменения, расторжения договора и процедура возврата денежных средств

9.1. Настоящий Договор может быть изменён или расторгнут по соглашению Сторон.

9.2. Исполнитель вправе в одностороннем порядке расторгнуть настоящий договор в случае, если Потребитель отказывается следовать рекомендациям Исполнителя, связанным с лечебным процессом, либо иным образом нарушает свои обязательства.

9.3. Прекращение и расторжение договора возможно и по другим основаниям, предусмотренным законодательством РФ с обязательным предварительным письменным уведомлением друг друга.

9.4. Возврат денежных средств при расторжении договора производится в следующем

порядке: Потребитель подает письменное заявление на имя главного врача ООО "Реафан" о возврате денежных средств с учетом удержания суммы за фактически понесенные расходы, прилагая к заявлению чек, подтверждающий факт оплаты Услуг. Возврат за невыполненные работы, не оказанные услуги производится Потребителю путем выплаты денежных средств из кассы, если ранее услуги были оплачены за наличный расчет, либо путем перечисления на указанные в заявлении банковские реквизиты Потребителя, в случае оплаты Услуг безналичным расчетом. Возврат производится в течение пяти рабочих дней с момента подачи заявления. По соглашению Сторон может быть предусмотрен и иной порядок возврата денежных средств.

9.5. Любые изменения к настоящему договору должны быть составлены в письменной форме и подписаны Сторонами либо их уполномоченными представителями.

10. Заключительные положения

10.1. Стороны согласились, что при заключении настоящего Договора они вправе пользоваться факсимильным воспроизведением подписи средств механического или иного копирования, электронно-цифровой подписи либо иного аналога собственноручной подписи.

10.2. Потребитель подтверждает, что до заключения Договора, Исполнитель:

1) ознакомил Потребителя с:

- правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг;

- порядком оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, применяемыми при предоставлении платных медицинских услуг;

- информацией о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

- информацией о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

- с действующим в ООО «Реафан» Прейскурантом цен на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;

2) уведомил его 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 Потребителя;

3) предоставил Потребителю информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи бесплатно. Указанная информация размещена на сайте Исполнителя в сети Интернет и на информационных стендах в помещениях Исполнителя. Потребитель подтверждает, что получил со стороны Исполнителя в доступной для него форме полную информацию 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.

10.3. Договор признается заключенным с момента его подписания сторонами и действует до полного исполнения ими принятых обязательств. Срок действия договора устанавливается до 31 декабря 201__ года. По соглашению сторон может быть установлен иной срок. Договор считается продленным на тех же условиях на последующие годы, если ни одна из Сторон за 30 дней до окончания срока действия договора, не заявила письменно о нежелании пролонгировать настоящий договор и не предъявила дополнительных условий. Каждое конкретное дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемым приложением настоящего Договора, действует до полного исполнения сторонами принятых, указанных в нем обязательств, начиная от указанной в нем даты оформления (даты заказа услуг), при условии, что срок действия этого дополнительного соглашения не превышает срока действия основного Договора. В случае

истечения срока действия Договора и (или) дополнительного соглашения. Потребитель, вправе потребовать возврат денежных средств, в соответствии с порядком, указанным в п. 9.4. настоящего договора или заключить новый Договор и (или) дополнительное соглашение.

10.4. Приложения к настоящему Договору составляют его неотъемлемую часть. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах. Оба экземпляра имеют одинаковую юридическую силу. У каждой из сторон находится один экземпляр настоящего договора.

11. Адреса, реквизиты и подписи сторон

Исполнитель

ООО «Реафан»
Лицензия: ЛО-54-01 № 005627 от
25.09.2019
Фактический адрес: 630099,
г. Новосибирск, ул. Ядринцевская, дом
№14
Юридический адрес: 630099,
г.Новосибирск, ул. Ядринцевская, дом
№14
ИНН/КПП 5406288043/540601001
ОГРН 1045402496292
ОКТМО 50701000
р/с 40702810700290001878
Филиал Банка ГПБ (АО) „Западно-
Сибирский”
БИК 045004783
к/с 30101810400000000783
medcenter@reafan.ru
к/т: (383) 2-03-03-03, 2-03-03-04

ИСПОЛНИТЕЛЬ

Главный врач

Никулина Л.Г.

Потребитель (Заказчик)

Ф.И.О. _____
Адрес регистрации:
_____ ул. _____, дом № __, кв. ____
Паспортные данные: Паспорт: Серия: __ № __,
Выдан: ____ года _____
Контактный телефон: +7 _____

ПОТРЕБИТЕЛЬ

_____/_____/_____

Приложение № 2
Договору на оказание платных медицинских услуг № _____

№ _____ от «__» _____ 2019г.

**АКТ
сдачи-приёмки оказанных платных медицинских услуг**

г. Новосибирск

«__» _____ 2019 г.

ООО "Реафан", именуемое в дальнейшем «Исполнитель» в лице главного врача Никулиной Ларисы Геннадьевны, действующей на основании Устава, с одной стороны, и гражданин(ка), действующий от собственного имени, или действующий через законного представителя _____, _____ г.р. проживающего по адресу: _____, ул. _____, дом № _____, кв. _____, паспорт: серия: _____ № _____, выдан: _____ года _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны,

составили настоящий Акт о том, что Исполнителем оказаны, а Потребителем приняты услуги, предусмотренные условиями Договора на оказание платных медицинских услуг № ___ от «__» _____ 2019г.:

№ п/п	Наименование услуги	Кол-во услуг	Цена услуги	Стоимость услуги (руб)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
ИТОГО:				

Акт составлен в 2-х экземплярах – по одному для каждой стороны.

Исполнитель

Главный врач _____ Никулина Л.Г. «__» _____ 2019г.

Услуги оказаны в требуемом объеме, и с надлежащим качеством

Потребитель претензий по оказанным услугам не имеет

Потребитель _____ / _____ /
(ФИО) (подпись)

«__» _____ 2019г.

**Информированное добровольное согласие пациента
на предоставление медицинских услуг на платной основе**

На основании ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», от 21.11.2011 №323-ФЗ и в соответствии с требованиями «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г. № 1006, я, _____, дата рождения, в рамках Договора оказания платных медицинских услуг № _____ от _____, желаю получить платные медицинские услуги в ООО «Реафан», по адресу: г., д. 21, 3 этаж, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я ознакомился(-ась) с «Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи в Новосибирской области», об условиях и сроках получения бесплатной медицинской помощи информирован(а). Мне разъяснен порядок оказания бесплатной медицинской помощи. Я ознакомлен с тем, что могу получить аналогичную медицинскую помощь также в других медицинских организациях на других условиях. Получив от сотрудников ООО «Реафан» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.

2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и одновременно несколько видов медицинских услуг.

3. Мне разъяснено, и я осознал(-а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат, и что как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.

4. Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ООО «Реафан» не несет ответственности за их возникновение.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей ООО «Реафан». Несоблюдение указаний (рекомендаций) 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 моего здоровья.

6. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги именно в ООО «Реафан».

7. Я проинформирован(а), что платные медицинские услуги не гарантируют внеочередного получения услуги.

8. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Пациент: _____, паспорт серия _____

выдан _____

Дата: _____

Подпись: _____ / _____ /

Информированное согласие пациента на медицинское вмешательство

Я, _____, _____ г.р., зарегистрированный по: _____, даю информированное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие для получения медицинской помощи, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее Перечень), в ООО «Реафан» в лице главного врача Никулиной Ларисы Геннадьевны, и/или другого специалиста, работающего в ООО «Реафан». В доступной форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской услуги, связанные с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской услуги.

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 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Сведения о выбранных мной лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 ст. 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 лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть).

Подпись пациента _____ / _____ / Телефон _____

Подпись медицинского работника _____ / _____ /

**Информированное добровольное согласие пациента
на видеонаблюдение, сбор и хранение информации
посредством видеонаблюдения во время нахождения,
включая время оказания медицинских услуг
в помещениях ООО «Реафан»**

Я, _____, _____ г. рождения, зарегистрированный
по адресу: _____

Документ, удостоверяющий личность гражданина Паспорт : _____, выдан :

Ознакомлен (-а), что в здании (помещении) Общества с ограниченной ответственностью «Реафан» ведётся видеонаблюдение, с целью охраны моих законных интересов и деятельности организации, в том числе контроля за надлежащим качеством оказания медицинской услуги.

Видеонаблюдение применяется на основании принятых внутриорганизационных норм, с действующими правилами сбора и хранения видеонаблюдения меня ознакомили.

Я ознакомлен (-а) и согласен (-а) с положениями настоящего документа и даю согласие на сбор и хранение видеонаблюдения.

« ___ » _____ 20__ г.

_____ / _____

Приложение №6 к договору на оказание платных медицинских услуг № _____ «__» ____ 2019г.

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, _____, проживающий (ая) по адресу _____,

паспорт: _____, дата выдачи: _____ г. _____

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку Обществом с ограниченной ответственностью «Реафан» (далее – ООО «Реафан») моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, мобильный телефон, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания ООО «Реафан» мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам ООО «Реафан», в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю ООО «Реафан» право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. ООО «Реафан» 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.

ООО «Реафан» вправе поручить обработку моих персональных данных третьим лицам с правами осуществлять все действия включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять конфиденциальность.

Я предоставляю право специалистам ООО «Реафан» осуществлять, на указанные мной мобильный телефонный номер и адрес электронной почты, информирование о произведенной записи на прием к врачу, об отмене / перенесении планируемого приема в связи с изменением расписания работы специалистов, о готовности результатов медицинских анализов и обследований.

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

Разрешаю предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере заболевания моим родственникам, законным представителям.

Настоящее согласие дано мной «__» ____ 2019г. и действует до окончания сроков хранения первичной медицинской документации.

Мобильный телефон(ы) _____ (в случае если контактный телефон не указывается смс – информирование поступать не будет)

Почтовый адрес: _____

Адрес электронной почты _____ (в случае если адрес электронной почты не указывается информирование на e-mail поступать не будет)

Подпись субъекта персональных данных _____