

ООО «Личный доктор МРТ», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора **Каравасовой Л.О** действующей на основании Устава, с одной стороны и именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

### 1. Предмет Договора

- 1.1. Исполнитель обязуется оказать **Потребителю** (Ф.И.О.) **(далее по тексту Пациенту)**:  
на возмездной основе необходимую медицинскую помощь отвечающую требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, именуемые в дальнейшем «медицинские работы, услуги», согласно разрешительному перечню лицензии: ЛО-18-01-002961 от 01 сентября 2020 г., а Потребитель добровольно принимает на себя обязательство оплачивать оказанные медицинские работы, услуги (медицинскую помощь) в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором.

1.2. Дата начала и окончания, наименование и стоимость работ, услуг оказанных пациенту, отражены в электронной базе данных пациента

Дата	Наименование работы, услуги	Сумма

### 2. Права и обязанности Сторон

#### 2.1. Пациент имеет право:

- 2.1.1. Получать качественные медицинские работы, услуги (медицинскую помощь) отвечающую требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ.  
2.1.2. В любой момент отказаться от медицинской помощи с оплатой фактически оказанных работ, услуг.  
2.1.3. Получать сведения о квалификации и сертификации специалистов.  
2.1.4. Самостоятельно, после согласования с лечащим врачом, приобретать расходные материалы и лекарственные средства, за качество которых Исполнитель ответственности не несет.  
2.1.5. Предъявлять требования о возмещении всех убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни определённых законодательством РФ.  
2.1.6. Получать в доступной для него форме 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.  
2.1.7. Пациент имеет право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. В случаях, когда состояние Пациента не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах Пациента решает консилиум, а в особых случаях лечащий (дежурный) врач. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается пациентом или его законным представителем, а также врачом.

#### 2.2. Пациент обязуется:

- 2.2.1. Оплатить стоимость предоставляемых медицинских работ, услуг, согласно действующего Прейскуранта цен Исполнителя.  
2.2.2. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление платных медицинских услуг, включая своевременную явку на повторный приём и предоставление необходимой для качественного лечения информации.  
2.2.3. Возместить убытки в случае причинения ущерба имуществу (медицинское оборудование и т.п.) Исполнителя Пациентом.  
2.2.4. Ознакомиться с правилами внутреннего распорядка Исполнителя и соблюдать эти правила.  
2.2.5. Ознакомиться с действующим Прейскурантом цен Исполнителя.  
2.2.6. Ознакомиться с действующими правилами поведения пациентов в ООО «Личный доктор МРТ» и соблюдать эти правила.  
2.2.7. Выполнять назначения и рекомендации лечащего врача.  
2.2.8. Сообщать лечащему врачу все сведения о состоянии своего здоровья.  
2.2.9. В случае любых изменений в состоянии здоровья немедленно сообщать об этом лечащему врачу.  
2.2.8. Удостоверить личной подписью:  
- Согласие на обработку персональных данных.  
- Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства.

#### 2.3. Исполнитель имеет право:

- 2.3.1. Определять длительность лечения, объем медицинских работ, услуг согласно медицинским стандартам РФ;  
2.3.2. В случае возникновения неотложных состояний, угрожающих жизни Пациента, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи.  
2.3.3. При необходимости привлекать для оказания медицинских услуг сторонних исполнителей по согласованию с Пациентом;  
2.3.4. Исполнитель имеет право расторгнуть договор при нарушении Пациентом правил внутреннего распорядка и при неадекватном, грубом поведении Пациента.

#### 2.4. Исполнитель обязан:

- 2.4.1. Предоставить возможность Пациенту ознакомиться с правилами внутреннего распорядка, с действующим Прейскурантом цен, с действующими правилами поведения пациентов Исполнителя.  
2.4.2. Обеспечить соответствие предоставляемых по настоящему Договору услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения на территории Российской Федерации;  
2.4.3. Представлять акт выполненных работ с указанием перечня и стоимости оказанных медицинских услуг.

### 3. Стоимость услуг и порядок расчётов

- 3.1. Пациент оплачивает 100 % стоимости медицинских услуг по действующему Прейскуранту цен, утверждённому Исполнителем;  
3.2. При заключении договора заказчик вносит в кассу Исполнителя предварительную плату за оказанную медицинскую работу, услугу.  
3.3. Стоимость медицинских услуг по данному договору согласно акта выполненных работ, отражена в электронной базе данных клиента составляет \_\_\_\_\_ рублей.  
3.4. Стоимость услуг может быть увеличена по согласованию с Пациентом в случае оказания дополнительных медицинских услуг.  
3.5. Окончательный расчет производится в день окончания работ, услуг при предъявлении кассовых чеков о предварительной оплате.  
3.6. Если стоимость медицинских работ, услуг меньше внесенного аванса, то остаток денежных средств возвращается Пациенту.  
3.7. Неотъемлемой частью договора является кассовый чек и Акт выполненных работ (где указан вид и стоимость оказанных услуг).

### 4. Ответственность Сторон

4.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора в соответствии с законодательством Российской Федерации.

«Исполнитель» не несет ответственности в случаях:

- возникновения осложнений по вине Пациента, (невыполнение назначений и рекомендаций врача, невыполнение плана лечения, несвоевременное сообщение о возникших отклонениях и нарушениях в состоянии здоровья, прекращения лечения по инициативе Пациента.);

### 5. Конфиденциальность

- 5.1. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении.  
5.2. С согласия Пациента или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, указанным Пациентом или его законным представителем.  
5.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Пациента или его законного представителя допускается в случаях, установленных ст. 61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан.

### 6. Сроки исполнения

- 6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и внесения Заказчиком авансовой стоимости медицинских работ, услуг и действителен до полного исполнения сторонами своих обязательств.  
6.2. После завершения исследования полученные результаты сканирования будут проанализированы врачом-рентгенологом, по ним врач дает письменное заключение и оформляет протокол исследования, которые выдаются пациенту через регистратуру в течении 24 часов.

### 7. Дополнительные условия

- 7.1. Пациент уведомлен о порядке получения медицинской помощи на территории Российской Федерации, а также о возможности получения бесплатной медицинской помощи, предусмотренной программами обязательного медицинского страхования. Пациент согласен получить медицинскую помощь (медицинские работы, услуги) в ООО «Личный доктор МРТ» на платной основе.

7.2. Все остальное, что не урегулировано настоящим Договором, регулируется законодательством Российской Федерации.

### 8. Рассмотрение споров

При наличии претензии к проведенным обследованиям, консультациям специалистов, лечению Пациент обязан в тот же день информировать о данном факте лечащего врача и/или главного врача. Все споры по договору стороны стараются урегулировать в дружеском порядке путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ в суде по месту нахождения Исполнителя или Потребителя.

### 9. Реквизиты сторон

<b>Исполнитель:</b> <b>ООО «Личный доктор МРТ»</b> Удмуртская Республика г Воткинск ул. Ленина д.17 офис 21 Тел.: (834145) 5-46-69, e-mail: vtkdoktor@mail.ru ИНН 182028279; ОГРН 1161832064833 ИФНС №3 г. Воткинска УР	<b>Заказчик:</b> Ф. И. О. _____ Паспорт: _____ № _____ СНИЛС _____ Кем выдан: _____ Телефон _____ Адрес места жительства _____ Подпись _____ //
--	--

### СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, \_\_\_\_\_, в соответствии со статьями 9 Федерального закона «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на обработку персональных данных. Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных:

Общество с ограниченной ответственностью «Личный доктор МРТ», Удмуртская Республика, г.Воткинск, ул.Ленина 17. Тел.5-46-69

Цель обработки персональных данных: оказание медицинских услуг и осуществление иных, связанных с этим мероприятий.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, контактный телефон, реквизиты полиса (ДМС), номер ИНН, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, другая информация.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача) в порядке, установленном законодательством РФ, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, иные действия.

Общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных: внесение персональных данных в электронную базу данных, включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС), обмен (прием и передача) моими персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи.

Срок, в течение которого действует согласие: согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

Порядок отзыва согласия: отзыв согласия осуществляется путем подачи субъектом персональных данных соответствующего письменного заявления оператору, получившему согласие.

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / « 22 » августа 2022 г.

### ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ

Я, \_\_\_\_\_ (Ф.И.О., год рождения). Даю настоящее согласие на проведение исследования (й): магнитно-резонансная томография \_\_\_\_\_ в ООО «Личный доктор МРТ» и подтверждаю предоставление медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методе оказания медицинской помощи, связанных с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что магнитно-резонансная томография является нерентгеновской диагностической методикой и заключается в получении изображений, индуцированных сигналом ядерного магнитного резонанса. Мне разъяснено, что МРТ может быть достаточно информативной и эффективной только в случае предоставления мною полной и достоверной информации о пациенте, выполнения пациентом нижеуказанных требований.

Я достоверно информирован(а) врача об отсутствии в теле пациента следующих предметов: искусственного водителя сердечного ритма, клипсы сосудов головного мозга, импланта в ухе, искусственного глаза или импланта в орбите, электростимулятора нервов и мышц, пули, осколков, шrapнели и т.п., любых металлизированных имплантов, имплантированных в сосуды фильтров, спиральных эмболов (койлов), инъекторов и т.п. искусственного сустава или иных ортопедических протезов либо приспособлений, сердечных клапанов, шунтов, стентов, стоматологических протезов (съёмных), внутриматочных металлических контрацептивов и т.п. и знаю о магнитных свойствах этих предметов.

Я информирован(а), что следующие предметы могут быть причиной травмы в сильном магнитном поле, и поэтому их следует оставлять перед входом в кабинет (ценные вещи – сдать администратору в сейф): слуховой аппарат, зубной и др. съёмные протезы, очки, часы, мобильный телефон, плеер и пр. электронные устройства, булавки, заколки в волосах, парики, шиньоны, драгоценности (кольца, серьги и т.д.), кошелек, портмоне, кредитные карты, ремень, записная книжка и ежедневник, ручка и пр. письменные принадлежности, ключи, монеты, карманный нож, подтяжки, одежда с металлическими пуговицами и кнопками, а также иные не перечисленные выше посторонние предметы.

Я информирован(а) о том, что для получения качественного результата исследования пациенту необходимо: сохранять неподвижность исследуемого участка тела; при исследовании брюшной полости внимательно слушать и выполнять указания оператора по задержке дыхания (пожалуйста потренируйтесь заранее задерживать дыхание на вдохе, желательный результат около 30 секунд); во время исследования не волноваться и не обращать внимания на громкие и резкие металлические звуки, поскольку это нормальный режим работы томографа.

Я подтверждаю, что до начала медицинского вмешательства информирован(а) о необходимости проведения пациентом подготовки к отдельным видам исследования, которая заключается: при исследовании брюшной полости, исключить из употребления в пищу грубой клетчатки, черного хлеба, газированных напитков и кисломолочных продуктов за сутки, прием активированного угля и но-шпы, проведение исследования натощак, при исследовании органов малого таза у женщин – подготовка аналогичная исследованию брюшной полости накануне проведения исследования (важно: исследование проводится вне менструации, желательно в 7-12 дни цикла, не мочиться за час до проведения исследования), при исследовании органов малого таза у мужчин - подготовка аналогична подготовке исследования брюшной полости накануне проведения исследования.

Я достоверно информирован(а) врача о следующих известных мне перенесенных или хронических заболеваниях пациента (также как активная форма туберкулеза, передающаяся через кровь, включая гепатита В и С, вируса иммунодефицита человека), об оперативных вмешательствах в анамнезе, в том числе в области проводимых исследований, об аллергических реакциях при индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, а также о наличии беременности, в том числе \_\_\_\_\_.

Я подтверждаю, что мне разъяснена возможность проведения исследования без взимания платы в рамках государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Я согласен(на) оплатить исследование по ценам действующего перечня платных медицинских услуг до выдачи мне результата, в том числе при возникновении расхождений между направлением моего лечащего врача, моей медицинской страховой организации и тем, что я лично считаю необходимым провести и/или мне рекомендовано врачом.

Я информирован(а) о возможности отказаться от проведения исследования на любом этапе до получения исследования, сознавая возможность наступления последствий отказа для здоровья, если исследование рекомендовано к проведению лечащим врачом.

Мне разъяснены следующие условия хранения снимков: не допускается хранить снимки под прямыми солнечными лучами и осветительными приборами, вблизи отопительных и нагревательных приборов, в условиях повышенной влажности, подвергать снимки механическому и/или магнитному воздействию.

Я подтверждаю, что информирован(а) о возможных аллергических реакциях при применении контрастного вещества и ознакомлен(а) с Инструкцией по медицинскому применению контрастного вещества.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы, касающиеся исследования врачу.

Я разрешаю в течение двух месяцев с даты проведения исследования передавать заключение и снимки по результатам исследования следующему лицу \_\_\_\_\_.

Я даю разрешение на проведение консультации врачей и консультацию других специалистов в целях оказания качественной и квалифицированной медицинской помощи.

Я ознакомлен(а) со всеми положениями настоящего документа, вышеизложенная информация мне разъяснена и понятна, что подтверждаю собственноручной подписью ФИО гражданина либо законного представителя лица, не достигшего возраста 15 лет, или больного наркоманией (не достигшего возраста 16 лет), или лица, признанного в установленном порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство полностью, подпись).

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / « 22 » августа 2022 г.