

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТ, УСЛУГ

г. Воткинск « _____ 20 ____ г.
ООО Личный доктор МРТ, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Каравановой 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** (далее по тексту Пациенту) медицинские работы, услуги, на условиях настоящего Договора, согласно разрешительному перечню лицензии: № ЛО41-01129-18/00356088 от 01 сентября 2020г., а Потребитель добровольно принимает на себя обязательство оплачивать оказанные медицинские работы, услуги в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором;
- 1.2. Основанием для предоставления Работнику медицинских услуг является наличие у Работника документа, удостоверяющего личность.
- 1.3. Перечень платных медицинских услуг, предоставляется в соответствии с договором:

Наименование работы, услуги	Срок оказания услуги	Стоимость работы, услуги
Всего к оплате:		

- 1.4. Сроки ожидания предоставления медицинских услуг, предусмотренных п. 1.3. настоящего Договора:

- 1) консультационные услуги оказываются по записи в день обращения Пациента с учетом загруженности врача;
- 2) для курсовых процедур - в день обращения или в соответствии с записью на приеме с учетом согласования плана лечения.

- 1.5. Потребитель уведомляется о том, что может потребоваться дополнительное медицинское вмешательство для обеспечения безопасности и надлежащего качества оказания платных медицинских услуг. Перечень дополнительных услуг согласовывается с Потребителем и указывается в плане лечения.
- 1.6. При необходимости Потребителю могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень и сроки оказания которых согласуются Сторонами в дополнительном соглашении к настоящему Договору.

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 определенных 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.

- 2.3. Исполнитель имеет право:

- 2.3.1. Определять длительность лечения, объем медицинских работ, услуг согласно медицинских стандартов 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 акту 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 РФ. «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

8.1. 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

Исполнитель: Общество с ограниченной ответственностью «Личный доктор МРТ» Удмуртская Республика, г. Воткинск, ул.Ленина 17, офис 5. Тел.: 8(34145) 5-46-69, e-mail: vtkdoktor@mail.ru ИНН 1828028279, ОГРН 1161832064833, КПП 182801001; Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ от 16.05.2016 г. Серия 18№ 003530028 Лицензия: № ЛО41-01129-18/00356088, выдана Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения от 01 сентября 2020г. Подпись _____ /Л.О.Караева/ М.П. _____	Заказчик: Ф.И.О. _____ Паспорт _____ СНИЛС: _____ Кем выдан: _____ Телефон: _____ Адрес места жительства: _____ Подпись _____ //
--	--

Я, _____ в соответствии с требованиями и статьи 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. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, контактный телефон, реквизиты полис (ДМС), номер ИНН, СНИЛС, 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), отправка анализов и результатов исследований на адрес электронной почты, иные действия. Общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных: внесение персональных данных в электронную базу данных, включая вписки (реестры) 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: _____ «_____» _____ г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ

Я, _____ 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, связанным 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 не рентгеновской 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 информировал (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, брелки, 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 информировал (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, осознавая 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, 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: _____ «_____» _____ г.