

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № _____

г. Красноярск

« _____ » _____ 20____ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Ультрамед», (лицензия на право осуществления медицинской деятельности ЛО-24-01-004580 от 25.10.2019 г.) именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Козака Андрея Евгеньевича, действующей на основании Устава, с одной стороны и _____ (гр.) именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. «Пациент» поручает, а «Исполнитель» обязуется оказать «Пациенту» платную медицинскую услугу (далее-Услуга) по инициативе «Пациента»

1.2. Дата оказания Услуги _____

2. Стоимость и порядок оплаты

2.1. Стоимость Услуги, согласно прейскуранту составляет

_____ руб. (_____).

3. Права и обязанности Сторон

3.1. Заказчик (Пациент) имеет право:

- 3.1.1. Получать квалифицированные медицинские услуги (медицинскую помощь).
- 3.1.2. В любой момент отказаться от медицинской помощи с оплатой фактически оказанных услуг.
- 3.1.3. Заказчик имеет право на получение информации о стоимости оказанных услуг на любом этапе стационарного обследования и лечения (за исключением выходных и праздничных дней).
- 3.1.4. Получать сведения о квалификации и сертификации специалистов.
- 3.1.5. Самостоятельно, после согласования с лечащим врачом, приобретать расходные материалы и лекарственные средства, за качество которых Исполнитель ответственности не несет.
- 3.1.6. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни в соответствии с законодательством РФ.

3.2. Заказчик (Пациент) обязуется:

- 3.2.1. Оплатить стоимость предоставляемой медицинской помощи (медицинских услуг), согласно Прейскуранта, действующего на момент заключения договора.
- 3.2.2. Выполнять требования, обеспечивающие качественное представление платных медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.
- 3.2.3. Возместить убытки в случае причинения ущерба Пациентом имуществу Исполнителя.

3.3. Исполнитель имеет право:

- 3.3.1. Определять длительность лечения, объем медицинских услуг, необходимость перевода в отделения другого профиля в соответствии с состоянием здоровья Пациента.
- 3.3.2. В случае возникновения неотложных состояний, угрожающих жизни Пациента, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи.
- 3.3.3. При необходимости привлекать для оказания медицинских услуг сторонних исполнителей и соисполнителей по согласованию с Пациентом и Заказчиком.
- 3.3.4. Исполнитель имеет право расторгнуть договор при нарушении Пациентом правил внутреннего распорядка медицинского центра.

3.4. Исполнитель обязан:

- 3.4.1. Сохранить конфиденциальность информации о врачебной тайне Заказчика.
- 3.4.2. Обеспечить соответствие предоставляемых по настоящему Договору услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения на территории Российской Федерации.
- 3.4.3. Предоставлять счет-фактуру с указанием перечня и стоимости оказанных медицинских услуг.
- 3.4.4. Предоставить Заказчику информацию о ходе оказания медицинской услуги в понятной и доступной форме.

3.5. Пациент имеет право:

- 3.5.1. 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.
- 3.5.2. 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.

3.6. Пациент обязуется:

- 3.6.1. Ознакомиться с правилами внутреннего распорядка медицинского центра и соблюдать их.
- 3.6.2. Выполнять назначения лечащего врача.
- 3.6.3. Сообщать лечащему врачу все сведения о состоянии своего здоровья.
- 3.6.4. В случае любых изменений в состоянии здоровья немедленно сообщить об этом лечащему (дежурному) врачу.

4. Стоимость услуг и порядок расчётов

- 4.1. Заказчик оплачивает медицинские услуги по Прейскуранту, утверждённому Исполнителем;
4.2. Заказчик оплачивает 100% предварительную стоимость медицинских услуг.
4.3. Стоимость услуг может быть увеличена по согласованию с Заказчиком в случае оказания Пациенту дополнительных медицинских услуг, в том числе и по просьбе Пациента.

5. Ответственность Сторон

- 5.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора в соответствии с законодательством Российской Федерации.
5.2. «Исполнитель» не несет ответственности в случаях:
- возникновения осложнений по вине Пациента (невыполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших отклонениях и нарушениях в состоянии здоровья);
- прекращении лечения по инициативе Пациента.

6. Конфиденциальность

- 6.1. 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.
6.2. С согласия Пациента или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, указанным Пациентом или его законным представителем.
6.3. 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.

7. Сроки исполнения

- 7.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и внесения Заказчиком 100% предоплаты предварительной стоимости медицинских услуг и действителен до полного исполнения сторонами своих обязательств.

8. Дополнительные условия

- 8.1. Заказчик (Пациент) уведомлен о порядке получения медицинской помощи на территории Российской Федерации, а также о возможности бесплатной медицинской помощи, предусмотренной программами обязательного медицинского страхования. Заказчик (Пациент) согласен получить медицинскую помощь (медицинские услуги) в ООО «Ультрамед» на платной основе.
8.2. Сумма расходных материалов и лекарственных препаратов, приобретенных Заказчиком (Пациентом) самостоятельно, в счет оказанных медицинских услуг не включается.
8.3. Согласие Заказчика (Пациента) на проведение медицинской услуги и факт её получения одновременно означает и согласие Заказчика (Пациента) на оплату этой услуги.
8.4. Всё остальное, что не урегулировано настоящим Договором, регулируется законодательством Российской Федерации.

9. Рассмотрение споров

При наличии претензии к проведенным обследованиям, консультациям специалистов, лечению и пр. (по мнению Пациента) Заказчик (Пациент) обязан в тот же день информировать о данных проблемах лечащего врача.

Все споры по договору стороны стараются урегулировать в досудебном порядке путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

ООО «Ультрамед»

Адрес: г. Красноярск
ул. Карла Маркса, дом 88, пом. 17, каб. 1
тел. 8 (391) 286-70-77, 89293573132
ИНН 2466199610
КПП 246601001
Банк г. Красноярск, N 8646
ПАО СБЕРБАНК
р/сч 40702810631000026469
БИК 040407627
к/сч 30101810800000000627

Директор _____ Козак А.Е.

Паспорт серия _____ № _____
Выдан _____

Адрес: _____

подпись

**Информированное добровольное согласие пациента (потребителя)
на получение платных медицинских услуг**

Я, пациент(ка)

(указать Ф.И.О. полностью)

настоящим подтверждаю своё добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в ООО «Ультрамед» (лиц. № ЛО-24-01-004580 выдана 25 октября 2019 г. (Исполнитель)) в рамках письменного договора от « ____ » _____ 20__ г. № _____ (далее - Договор).

При этом Исполнитель в доступной для меня форме:

- ознакомил с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. № 736);
- ознакомил с действующим в медицинской организации прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утверждённым в установленном порядке;
- уведомил о возможности получения соответствующих видов и объёмов 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;
- уведомил в письменной форме до заключения Договора 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 Потребителя.

Настоящее согласие мною прочитано и подписано после проведения разъяснительной беседы и ознакомления с информацией по порядку предоставления платных медицинских услуг и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг. Своей подписью подтверждаю дачу согласия Исполнителю на обработку необходимых персональных данных в объёме и способами, указанными в Федеральном законе № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по Договору.

Пациент _____ / _____ /
(расшифровка подписи)

Форма
**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

"__" _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В ОТНОШЕНИИ _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

"__" _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании согласия законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)
даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н <1> (далее - виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

_____ (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. 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 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ (подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

"__" _____ г.
(дата оформления)