

Договор № на медицинские услуги

гор. Магнитогорск

3 Апреля 2024 г.

Общество с ограниченной ответственностью «Архи-Мед», в лице директора Фасхутдинова Марата Фидальевича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Медицинский центр» с одной стороны, и

именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. В соответствии с настоящим договором «Медицинский центр» обязуется оказывать «Пациенту» на возмездной основе медицинские услуги, указанные в п. 1.2. настоящего Договора, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а «Пациент» обязуется получать медицинские услуги, своевременно оплачивать их стоимость, а также выполнять требования «Медицинского центра», обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.

1.2. «Медицинский центр» оказывает «Пациенту» следующие медицинские услуги:

Прием специалиста, осмотр, обследование

1.3. «Медицинский центр» осуществляет свою деятельность в соответствии с Лицензией на осуществление медицинской деятельности ЛО-74-01-005075 от 29.05.2019 г., выданное Министерством здравоохранения Челябинской области. Юридический адрес лицензирующего органа: 454000, г. Челябинск, ул. Кирова, д. 165.

Контактный телефон лицензирующего органа: 8 (351) 263-58-73

На основании вышеуказанной лицензии «Медицинский центр» осуществляет следующий перечень услуг:

1) при осуществлении доврачебной медицинской помощи по: акушерскому делу; анестезиологии и реаниматологии; лабораторной диагностике; медицинскому массажу; операционному делу; организации сестринского дела; сестринскому делу; функциональной диагностике.

2) при осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе:

а) при осуществлении первичной медико-санитарной помощи по: анестезиологии и реаниматологии; кардиологии; контролю качества медицинской помощи; клинической лабораторной диагностике; неврологии; офтальмологии; педиатрии; нефрологии; ревматологии; терапии; травматологии и ортопедии; урологии; ультразвуковой диагностике; хирургии; экспертиза временной нетрудоспособности; эндокринологии;

б) при осуществлении медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов по: акушерству и гинекологии; экспертизе временной нетрудоспособности;

в) при осуществлении специализированной медицинской помощи по: акушерству и гинекологии; дерматовенерологии; контролю качества медицинской помощи; косметологии (терапевтической); сердечно – сосудистой хирургии; экспертизе временной нетрудоспособности; медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); профпатологии.

3) при осуществлении стационарной медицинской помощи, в том числе:

а) при осуществлении специализированной медицинской помощи по: анестезиологии и реаниматологии; контролю качества медицинской помощи; косметологии (хирургической); сердечно – сосудистой хирургии; урологии; хирургии; экспертизе временной нетрудоспособности.

4) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: детской хирургии; гастроэнтерологии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; функциональной диагностике; эндоскопии.

2. Права и обязанности сторон

2.1. «Медицинский центр» обязан:

2.1.1. Обеспечить «Пациенту» платные медицинские услуги согласно требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ.

2.1.2. Оказать услуги «Пациенту» в области лечения, консультации, диагностики, наблюдения силами квалифицированных специалистов, сведения о сертификации которых предъявляются «Пациенту» по его требованию. При необходимости «Медицинский центр» выдает «Пациенту» направление на получение медицинской помощи в другом лечебном учреждении с целью оказания всесторонней квалифицированной помощи, предоставление стационарного лечения либо других видов диагностики.

2.2. «Медицинский центр» имеет право:

2.2.1. Отказаться от проведения лечения:

- если требования «Пациента» не соответствуют требованиям технологий и могут вызвать нежелательные последствия;
- при наличии противопоказаний;
- при не выполнении «Пациентом» письменных рекомендаций врача, что может привести к неблагоприятному исходу лечения.

2.2.2. Если во время оказания платных медуслуг потребуется экстренная медпомощь для устранения угрозы жизни пациента, ее оказывают бесплатно платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.3. «Пациент» обязан:

2.3.1. Сообщать лечащему врачу о состоянии своего здоровья, перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях, принимаемых лекарственных препаратах, извещать лечащего врача об изменениях в состоянии здоровья в процессе лечения.

2.3.2. Выполнять все требования и рекомендации лечащего врача.

2.3.3. Ознакомиться с ценами действующего прейскуранта «Медицинского центра».

2.3.4. Соблюдать правила внутреннего распорядка «Медицинского центра».

2.4. «Пациент» имеет право:

2.4.1. Получать информацию о состоянии своего здоровья, в ходе обследования и лечения, стоимости медицинских услуг.

3. Стоимость услуг и порядок расчетов.

3.1. Пациент оплачивает медицинские услуги по Прейскуранту, утвержденному «Медицинским центром».

Стоимость услуг определяется и согласовывается Сторонами в Дополнительном соглашении к настоящему договору.

3.2. Оплата услуг осуществляется «Пациентом» в порядке 100 % предоплаты до получения услуги путем внесения наличных денежных средств в кассу «Медицинского центра».

3.3. При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ, по результатам обследования и лечения «Пациента», стоимость услуг может быть изменена по соглашению сторон, с учетом уточненного диагноза и иных затрат на лечение.

3.4. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг, потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни «Пациента» при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются «Медицинским центром» без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

4. Срок действия договора.

4.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до исполнения обязательств.

5. Конфиденциальность.

5.1. «Медицинский центр» 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 (врачебная тайна).

5.2. «Пациент» дает разрешение на обработку, хранение и использование своих персональных данных «Медицинским центром» в связи с оказанием ему медицинских услуг.

6. Ответственность сторон.

6.1. «Медицинский центр» несет ответственность за качество выполненных медицинских услуг, лечебно-диагностического процесса, достаточных и адекватных состоянию «Пациента» на момент обращения в «Медицинский центр».

6.2. «Медицинский центр» не несет ответственности в случаях:

- возникновения осложнений по вине «Пациента» (не выполнения требований и назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших изменениях в состоянии здоровья и т.п.);
- прекращения (незавершения) лечения по инициативе «Пациента».

7. Рассмотрение споров.

7.1. Все споры, связанные с исполнением настоящего Договора разрешаются сторонами путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ в суде по месту нахождения «Медицинского центра».

7.2. Досудебный порядок урегулирования споров обязателен. Срок рассмотрения претензии стороны устанавливаются в 30 календарных дней.

8. Порядок расторжения договора.

8.1. Договор может быть расторгнут «Медицинским центром» в одностороннем порядке в следующих случаях:

- нарушение «Пациентом» порядка и сроков оплаты оказанных Услуг в данном договоре,
- нарушения «Пациентом» режима посещения медицинских мероприятий, правил поведения в «Медицинском Центре», неумажливого поведения в отношении персонала «Медицинского Центра», постоянных сомнений о правильности назначаемого лечения и указаний наблюдающего врача.
- при неоднократном нарушении «Пациентом» своих обязательств, если такое нарушение создает препятствие для оказания Услуг «Медицинским центром» в порядке и на условиях, определенных настоящим Договором.

8.2. При досрочном расторжении Договора стороны составляют и подписывают дополнительное соглашение к настоящему Договору с указанием инициатора и причины расторжения.

8.3. В случае досрочного расторжения Договора «Пациентом», уплаченные денежные средства возвращаются за вычетом стоимости уже оказанных Услуг и фактически понесенных «Медицинским центром» расходов по исполнению условий и положений настоящего Договора.

8.4. В случае досрочного расторжения Договора «Медицинским центром», уплаченные денежные средства возвращаются за вычетом стоимости уже оказанных Услуг и фактически понесенных «Медицинским центром» расходов по исполнению условий и положений настоящего Договора.

9. Заключительные положения.

9.1. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

9.2. К настоящему договору прилагается:

- Информированное добровольное согласие на оказание «Медицинским центром» платных медицинских услуг «Пациенту».
- 9.3. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим договором, стороны руководствуются гражданским кодексом РФ и Законом РФ «О защите прав потребителя».

10. Реквизиты и подписи сторон

ООО «Архи-Мед»

Адрес: г. Магнитогорск, ул. Гагарина, 32

ИНН 7444050197

ОГРН 1047420003366

Свидетельство о гос. регистрации юридического лица серии 74

№ 00151852 от 11.03.2004 г., выданное ИМНС России по Ленинскому району гор. Магнитогорска Челябинской области.

Конт. тел.: 8 (3519) 517-080, 8 (963) 095 48 48

Директор ООО «Архи-Мед»

_____/ Фасхутдинов М.Ф./
(подпись)

М.П.

Пациент:

Адрес места жительства:

Конт. тел.:

Второй экземпляр договора получен на руки

_____/_____
(подпись)

Информированное добровольное согласие
на оказание «Медицинским центром» платных медицинских услуг «Пациенту»

- Я, проинформирован о том, что имею право на бесплатную медицинскую помощь согласно ч. 1 ст. 41 Конституции РФ и могу реализовать это право через Программу государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.
- Мне разъяснено и я осознал (а), что проводимое мне лечение не гарантирует 100 % результат и что возможны различные осложнения.
- 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, «Медицинский центр» не несет ответственности за их возникновение.
- Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен (на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей «Медицинского центра».
- Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость медицинской услуги (услуг) в соответствии с ним.

ООО «Архи-Мед»

«Пациент»

Директор ООО «Архи-Мед»

_____/Фасхутдинов М.Ф./
(подпись)

_____/_____/_____
(подпись)

М.П.

Согласие
на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся _____
(Ф.И.О. полностью)

проживающий по адресу _____
(по месту регистрации)

Паспорт _____, выдан г. _____
(серия и номер) (дата и название выдавшего органа)

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Архи-Мед» (Медицинский центр «Тет-а-Тет»), юридический адрес: Челябинская область, гор. Магнитогорск, ул. Гагарина, дом 32 (далее — Оператор) моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), 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 Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения. 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 мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, 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) моими персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Согласие может быть отозвано по моему письменному заявлению. Настоящее согласие дано мной 3 Апреля 2024 г. и действует бессрочно.

Контактный(е) телефон(ы) _____
Подпись субъекта персональных данных _____

Информированное добровольное согласие пациента
на медицинские вмешательства/действия.

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии с федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23.04.2012 г. № 390-н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медицинской помощи».

Я, _____
Паспорт: серия _____ № _____, выдан _____ г.

проживающий по адресу: _____

Даю добровольное информированное согласие на медицинские вмешательства, включенные в перечень, устанавливаемый Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, при оказании моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь.

(Ф.И.О. ребенка, лица, от имени которого, выступает законный представитель, дата рождения)

Настоящим я доверяю коллективу ООО «Архи - Мед», выполнить следующие из необходимых медицинских вмешательств/действий:

- Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
- Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное, ректальное исследование.
- Антропометрические исследования.
- Термометрия.
- Тонометрия.
- Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
- Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
- Исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
- Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, вирусологические, иммунологические.
- Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
- Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
- Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрискожно.
- Медицинский массаж, лечебная физкультура.

Я ознакомлен с установленным Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации перечнем видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие для получения первичной медико-санитарной помощи. Мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанных с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о их последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также в любое время за период оказания первичной медико-санитарной помощи в вышеуказанной медицинской организации, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных медицинских вмешательств.

В случае моего отсутствия уполномочиваю присутствовать при оказании медицинской помощи моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь, предоставляю: _____

(Ф.И.О. лица, которому предоставляется право присутствовать при оказании медицинской помощи)

Подпись (Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, законного представителя)

Подпись мед. работника (Ф.И.О. медицинского работника)

« _____ » _____ 2024г.
(дата оформления добровольного информированного согласия)