

УТВЕРЖДАЮ



Договор на оказание платных медицинских услуг № _____

г. Санкт-Петербург

« ____ » _____ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Экон», зарегистрированное Межрайонной инспекцией ФНС № 26 по Санкт-Петербургу 22.03.2019 г. за ОГРН 1197847067945, действующее в соответствии с бессрочной лицензией на осуществление медицинской деятельности № Л041-01148-78/00383282 от 18.06.2019 г., выданной Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга (далее – Лицензия), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Райц Галины Юрьевны, действующего на основании Устава с одной стороны и гражданин(ка) _____ /Ф.И.О./, зарегистрированный по адресу: _____, тел.: _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, а вместе, именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Понятия, используемые в настоящем Договоре

Для целей настоящего Договора используются следующие основные понятия:

- 1.1. **Платные медицинские услуги** - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;
- 1.2. **Заказчик** - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с настоящим Договором в пользу потребителя;
- 1.3. **Потребитель** - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с настоящим Договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";
- 1.4. **Исполнитель** - медицинская организация, независимо от организационно-правовой формы, а также индивидуальный предприниматель, оказывающие платные медицинские услуги в соответствии с Договором.

2. Предмет договора

- 2.1. По настоящему Договору Исполнитель принимает на себя обязательство оказать Потребителю платные медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, и согласно полученной лицензии: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинскому массажу, сестринскому делу, сестринскому делу в косметологии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), дерматовенерологии, косметологии, мануальной терапии, неврологии, ортодонтии, остеопатии, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, ультразвуковой диагностике, урологии. При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности, а Потребитель обязуется оплатить их в порядке, предусмотренном настоящим Договором.
 - 2.1.1. В целях настоящего Договора Заказчик является Потребителем или законным представителем Потребителя (нужное подчеркнуть). Сведения о Потребителе: _____ (Ф.И.О.), дата рождения " __ " _____ г., данные документа, удостоверяющего личность: _____, адрес места жительства: _____, иные адреса, на которые Исполнитель может направлять ответы на письменные обращения: email _____, телефон: _____.
 - 2.1.2. Медицинские услуги должны быть предоставлены в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, в том числе предъявляемыми к качеству медицинских услуг.
 - 2.1.3. В медицинской карте Потребителя указывается вся необходимая информация и сведения, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации.
- 2.2. На условиях настоящего Договора Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги сверх перечня бесплатных медицинских услуг, утвержденного на основании Территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи
- 2.3. Перечень и сроки предоставления медицинских услуг определяются Исполнителем и согласовывается с Потребителем в соответствии с его медицинскими показаниями с учетом особенностей здоровья, организма и состояния Потребителя, хода проведения услуг.
- 2.4. Медицинские услуги предоставляются Потребителю согласно режиму работы Исполнителя по месту его нахождения по адресу: г. Санкт-Петербург, пр. Коломяжский, д. 20, лит. А, пом. 24Н или по иному адресу, согласованному Сторонами.
- 2.5. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Потребителя об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан (Приложение № 2 к настоящему Договору).
- 2.6. Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

- ознакомил его с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен на медицинские услуги, Правилами предоставления платных медицинских услуг, утв. Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006;
- уведомил его о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, в т.ч. 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.

- 2.7. Медицинские услуги оказываются сотрудниками Исполнителя или привлеченными им специалистами, так же Исполнитель оставляет за собой право на привлечение других медицинских учреждений - при необходимости выполнения лабораторных исследований и технологических операций, не требующих присутствия пациента. Ответственность за действия привлекаемых специалистов/медицинских учреждений несет Исполнитель, если отдельным договором между Пациентом и привлеченным специалистом/медицинским учреждением не предусмотрено иное.
- 2.8. Сроки ожидания платных медицинских услуг, предусмотренных п. 2.1 настоящего Договора, определены в Амбулаторной карте (Плане оказания медицинских услуг), являющемся неотъемлемой частью настоящего Договора (Приложение № 3).

3. Права и обязанности Сторон

3.1. Потребитель имеет право:

- 3.1.1. Получать информацию о стоимости медицинских услуг, о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах оказания медицинской помощи, о специалистах Исполнителя (их профессиональном образовании и квалификации).
- 3.1.2. Выбрать день и время визита в соответствии с графиком работы Исполнителя и с учетом занятости времени персонала Исполнителя.
- 3.1.3. Отказаться от получения медицинских услуг по Договору, предоставив Исполнителю письменный отказ от медицинского вмешательства (или потребовать его прекращения) в порядке, предусмотренном ст. 20 Федерального закона №ФЗ-323 от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3.2. Потребитель обязуется:

- 3.2.1. Оплатить предоставленные Исполнителем медицинские услуги в порядке, определенном разделом 3 настоящего Договора.
- 3.2.2. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т. ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход оказания медицинской услуги.
- 3.2.3. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, в том числе: соблюдать все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги по настоящему Договору. 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.
- 3.2.4. Сообщать обо всех изменениях в состоянии своего здоровья в процессе получения медицинских услуг или после их окончания.
- 3.2.5. Не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с Исполнителем употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав и т. д.
- 3.2.6. Предоставить Исполнителю согласие на обработку своих персональных данных по форме, установленной Исполнителем в Приложении № 1 к настоящему Договору.
- 3.2.7. Самостоятельно ознакомиться с требованиями подготовки к лабораторным исследованиям и иным процедурам до сдачи биоматериала и соблюдать данные требования.
- 3.2.8. До заключения настоящего Договора Исполнитель в письменной форме уведомляет Заказчика (Потребителя) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Заказчика (Потребителя). Настоящее уведомление содержится в пункте 6 Приложения № 2 к настоящему Договору – «Информированное согласие об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг».

3.3. Исполнитель имеет право:

- 3.3.1. Определять длительность и объем медицинских услуг, назначать конкретных исполнителей, в том числе, оказывать услуги Потребителю силами собственных специалистов Исполнителя или силами сотрудников других лицензированных медицинских организаций на основании двусторонних договоров о сотрудничестве.
- 3.3.2. На свободное формирование цен на медицинские услуги в соответствии с действующими нормативными документами и условиями рынка медицинских услуг.
- 3.3.3. Направлять Потребителя в медицинские организации или привлекать для консультаций специалистов других лицензированных медицинских организаций на основании двусторонних договоров о сотрудничестве для проведения дополнительных методов исследования, которые осуществляются за отдельную плату.
- 3.3.4. В случае возникновения неотложных состояний, угрожающих жизни пациента, самостоятельно определять объем исследований, медицинских вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в т.ч. не предусмотренных настоящим Договором.
- 3.3.5. Отложить или отменить оказание медицинской услуги Потребителю, предварительно уведомив его об этом, в случаях:
- при наличии медицинских противопоказаний, либо при заведомой невозможности достичь результата лечения, обнаруженной в ходе оказания медицинской услуги;
- при нарушении Потребителем требований действующего законодательства РФ, условий настоящего Договора, неисполнения Потребителем медицинских предписаний.
- 3.3.6. Требовать от Потребителя соблюдения Правил оказания платных медицинских услуг.

3.4. Исполнитель обязуется:

- 3.4.1. Оказать Потребителю медицинские услуги надлежащего объема и качества в соответствии с условиями настоящего Договора.
- 3.4.2. Информировать Потребителя в доступной форме о стоимости, сроках и условиях оказания медицинских услуг, специалистах Исполнителя (уровне их образования и квалификации), о состоянии здоровья Потребителя, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске и о возможных вариантах возникновения осложнений при оказании медицинских услуг; возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах; а также об используемых при предоставлении услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях.

- 3.4.3. Предоставить информацию, перечисленную в п. п. 12 - 17, 21 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006».
- 3.4.4. Обеспечить соответствие оказываемых услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.
- 3.4.5. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством РФ порядке.
- 3.4.6. Немедленно извещать Потребителя о невозможности оказания необходимой медицинской услуги по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению или увеличению объема оказания медицинских услуг, что оформляется дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.
- 3.4.7. Соблюдать врачебную тайну и конфиденциальность всей информации, касающейся здоровья Потребителя.

4. Стоимость услуг и порядок расчетов

- 4.1. Стоимость платных медицинских услуг по настоящему Договору определена в соответствии с прейскурантом Исполнителя, действующим на момент заключения настоящего Договора, а также ценой и объемом предоставляемых Исполнителем Потребителю услуг, согласно акту выполненных работ.
- 4.2. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Потребителем в размере 100 % предоплаты до начала оказания услуг путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. Потребителю предоставляется документ, подтверждающий произведенную оплату медицинских услуг (контрольно-кассовый чек либо иной расчетный документ, оформленный в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ).
- 4.3. Датой оплаты считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или день внесения денежных средств в кассу Исполнителя.
- 4.4. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения, стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Потребителя путем подписания дополнительного соглашения, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора. Без согласия Потребителя, Исполнитель не имеет права предоставлять дополнительные платные медицинские услуги по настоящему Договору.
- 4.5. Пациент также может внести денежные средства по соглашению сторон в качестве предоплаты за услуги, которые ему будут оказаны в дальнейшем.
- 4.6. Оказание услуг Пациенту подтверждается подписанием обеими сторонами Акта об оказании услуг и/или Отчета об оказании услуг в день оказания услуги. При отказе Пациента от подписания Акта и/или Отчета об оказании услуг, Пациент излагает в письменной форме мотивированные возражения. В случае отказа от письменной формы возражений в Акте и/или Отчете об оказании услуг Исполнителем делается об этом отметка и Акт и/или Отчет об оказании услуг подписывается в одностороннем порядке Исполнителем. В этом случае, односторонне подписанный со стороны Исполнителя Акт и/или Отчет об оказании услуг считается подтверждением надлежащего оказания услуг и подлежит оплате в полном объеме.
- 4.7. Оплата услуг может производиться как Пациентом лично, так и третьим лицом (Заказчиком), что закрепляется в дополнительном соглашении к Договору либо в отдельном договоре.
- 4.8. В случае предоставления Пациентом страхового полиса ДМС (кроме полисов ОМС), Исполнитель направляет счет страховой компании или ее представителю при наличии договора с этой страховой Компанией.
- 4.8.1. В случае предоставления Пациентом страхового полиса ДМС (кроме полисов ОМС), Пациент оплачивает услуги лично, в случае если:
- 4.8.1.1. по условиям страхового покрытия предусмотрена франшиза или услуги Исполнителя частично оплачиваются Заказчиком;
 - 4.8.1.2. страховая компания устно или письменно, полностью или частично отказывает в оплате услуг Исполнителю;
 - 4.8.1.3. страховая компания не предоставляет письменной гарантии оплаты услуг с указанием суммы;
 - 4.8.1.4. страховая компания по любой из причин частично или полностью не оплачивает счета в течение 2 (двух) месяцев с момента выставления счета;
 - 4.8.1.5. услуга, затребованная Пациентом, не входит в программу страхования Пациента в соответствии с полисом ДМС.
- 4.9. В случаях, когда плательщиком по Договору выступает третья сторона (Заказчик), Исполнитель может выставить счет третьей стороне (физическому или юридическому лицу) при условии заключения дополнительного соглашения к Договору либо отдельного договора с третьей стороной как плательщиком, либо наличия гарантийного письма об оплате.
- 4.9.1. В случаях, когда плательщиком по Договору выступает третья сторона, Пациент оплачивает услуги лично, если:
- 4.9.1.1. третья сторона устно или письменно, полностью или частично отказывает в оплате услуг Исполнителю;
 - 4.9.1.2. третья сторона по любой из причин частично или полностью не оплачивает счета в течение 3 (трех) месяцев с момента выставления счета.
- 4.10. В случае заключения дополнительного соглашения на предоставление иных медицинских услуг, перечень которых не согласован на основании настоящего Договора, их стоимость определяется по прейскуранту, действующему на момент заключения дополнительного соглашения.
- 4.11. При предоставлении платных медицинских услуг расходы, связанные с оказанием медицинской помощи в экстренной форме, возмещаются Исполнителю в порядке и размерах, которые установлены органами государственной власти субъектов Российской Федерации в рамках территориальных программ в соответствии с п. 10 ч. 2 ст. 81 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
- 4.12. В случае отказа Заказчика после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.
- 4.13. Порядок и условия выдачи Потребителю (или законному представителю Потребителя) после исполнения Договора Исполнителем медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы в течение 30 дней.
- 4.14. К отношениям, связанным с исполнением настоящего Договора, применяются положения Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».

5. Ответственность сторон

- 5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

- 5.2. Исполнитель несёт ответственность перед Потребителем за неисполнением или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Заказчика в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги.
- 5.3. Ответственность Исполнителя за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги не наступает в том случае, если:
- неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Потребителем условий настоящего Договора;
 - в случае осложнений и побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Потребителя;
 - в случаях, если Потребитель не проинформировал Исполнителя о перенесенных им заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;
 - в случаях возникновения осложнений по вине Потребителя, в т.ч. явившихся результатом обращения в другую клинику, за последствия, возникшие в результате невыполнения рекомендаций и требований специалиста, оказывающего медицинские услуги; несвоевременное сообщение о возникших нарушениях и недостатках или вследствие других, независящих от качества выполненной Исполнителем работы, причин;
 - возникновения аллергической реакции и/или непереносимости препаратов и материалов, разрешенных к применению в практике и ранее не вызывавших аналогичных реакций у Потребителя;
 - при досрочном прекращении согласованных медицинских услуг по вине Потребителя.
- 5.4. В случае невозможности выполнения услуги, возникшей по вине Получателя, услуги Исполнителя подлежат оплате в полном объеме, если иное не предусмотрено действующим законодательством РФ.
- 5.5. Стороны освобождаются от ответственности за ненадлежащее исполнение и/или неисполнение обязательств в случае форс-мажорных обстоятельств. Факт наступления таких обстоятельств должен быть документально удостоверен Торгово-промышленной палатой Санкт-Петербурга или любым другим компетентным органом по соглашению Сторон в установленном действующим законодательством РФ порядке.

6. Порядок разрешения споров

- 6.1. Все претензии по недостаткам медицинских услуг по настоящему Договору принимаются Исполнителем в процессе их оказания.
- 6.2. Все споры по настоящему Договору разрешаются сторонами в соответствии с действующим законодательством РФ.

7. Сроки по Договору

- 7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания уполномоченными представителями Сторон и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по нему.
- 7.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по обоюдному согласию Сторон.
- 7.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями обеих Сторон.

8. Порядок изменения и расторжения договора

- 8.1. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями Сторон.
- 8.2. Настоящий Договор может быть изменен, либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон.
- 8.3. Настоящий Договор может быть досрочно прекращен в одностороннем порядке:
- по инициативе Потребителя до момента начала оказания медицинских услуг при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов;
 - по инициативе Потребителя до истечения срока окончания Договора при условии полной оплаты Исполнителю ранее фактически полученных услуг;
 - по инициативе Исполнителя в случае невыполнения Потребителем своих обязательств по настоящему Договору;
 - в случае прекращения деятельности, ликвидации или реорганизации Исполнителя;
 - в случае наступления форс-мажорных обстоятельств, согласно пункта 4.4 настоящего Договора.

9. Заключительные положения

- 9.1. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Договором, стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.
- 9.2. Договор на оказание медицинских услуг заключён в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой стороны.
- 9.3. Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до фактического выполнения обязательств, принятых сторонами по настоящему Договору.
- 9.4. Стороны обязуются незамедлительно уведомлять друг друга о любых изменениях в указанных ниже реквизитах.
- 9.5. Потребитель настоящим подтверждает, что он ознакомился с Правилами оказания платных медицинских услуг в медицинской организации Исполнителя и обязуется соблюдать их.
- 9.6. Потребитель дает свое согласие на получение рекламной информации об акциях и специальных предложениях центра путем рассылки электронных писем и SMS-сообщений.
- 9.7. Потребитель дает свое согласие на то, что Исполнитель привлекает третьих лиц к исполнению сторонами своих обязанностей по настоящему Договору в части выполнения лабораторных исследований.
- 9.8. Потребитель дает свое согласие на получение результатов медицинских исследований (за исключением исследования на ВИЧ) в форме электронного документа посредством электронной почты: _____.
- 9.8.1. Потребитель проинформирован о том, что электронная почта не является защищенным каналом связи для передачи информации и принимает на себя ответственность и все риски, связанные с несанкционированным доступом к своему почтовому ящику третьих лиц, а равно к своим персональным данным, сведениям, составляющим врачебную тайну, и утечку информации.

10. Адреса и реквизиты сторон

Исполнитель:

ООО «ЭКОН»
197348, г. Санкт-Петербург, Коломяжский пр-кт, д.20, пом. 24Н,
лит.А
ИНН 7814755691 КПП 781401001 ОГРН 1197847067945
р/с 40702810655000002109 в банке СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ БАНК
ПАО СБЕРБАНК к/с 30101810500000000653
БИК 044030653 ОКПО 36817975 ОКВЭД 86.21
ОКАТО 402700000000
Телефон/факс +7(812)-982-18-99

Потребитель:

Ф.И.О.
Дата рождения:
Адрес:
Паспорт: выдан
Телефон:
ПАЦИЕНТ: _____

Администратор/уполномоченное лицо

Экземпляр настоящего документа получен

М.П.

(подпись)

(подпись)

Приложение № 1 Договору № ____ от «__» _____ г.

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся, _____ г.р., проживающий по адресу: _____, контактный телефон: _____, паспорт: _____, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку Обществом с ограниченной ответственностью «Экон», расположенным по адресу: г. Санкт-Петербург, пр. Коломяжский, д. 20, лит. А, пом. 24Н (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, 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 медикопрофилактических 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 (при необходимости - по ее окончании) я предоставляю право на передачу третьим лицам в интересах моего обследования, лечения и проведения независимой экспертизы качества оказания медицинской помощи моих персональных данных, полученных в соответствии с п.2 ст. 22 ФЗ, и осуществляемых Оператором во исполнение законодательства, регулирующего деятельность юридических лиц, в том числе передачу моих персональных данных, в том числе фамилию, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, семейное, социальное положение, образование, профессия, другую информацию, а также сведений, составляющих врачебную тайну (информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе его заболевания сведения, содержащиеся в истории болезни. иные сведения, полученные при обследовании и лечении), а также в фонд обязательного медицинского страхования, страховые и медицинские организации; Комитет по здравоохранению г. Санкт-Петербурга, территориальные органы ФНС России, а также любым организациям системы здравоохранения.

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).

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:

(наименование страховой медицинской организации, заполняется в случае оказания медицинской помощи в рамках ДМС)

[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 и составляет двадцать пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной:

(Ф. И. О. гражданина)

(Ф. И. О. законного представителя гражданина)

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

_____ (подпись субъекта персональных данных)

Информированное согласие об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг

Я, _____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____, являющийся Пациентом, в рамках Договора на оказание платных медицинских услуг № _____ от _____ г., желаю получить платные медицинские услуги в Обществе с ограниченной ответственностью «Экон» (далее по тексту - Исполнитель), расположенном по адресу: г. Санкт-Петербург, пр. Коломажский, д. 20, лит. А, пом. 24Н или по иному адресу, указанному Исполнителем, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от работников Исполнителя полную информацию о наличии бесплатных медицинских услуг в рамках программы ОМС, даю свое согласие на оказание платных медицинских услуг и готов(а) их оплатить в Обществе с ограниченной ответственностью «Экон».
2. Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг, в то время как я рассмотрел(а) различные варианты получения медицинских услуг, и то, что мне могут оказать аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе.
3. Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг и проведение мне диагностических процедур: получения проб биологического материала для лабораторных исследований, инструментальных исследований, осмотра врача, о целях, характере и возможных неблагоприятных эффектах диагностических процедур, а также о том, что предстоит мне делать до и во время процедур на платной основе.
4. Я получил(а) исчерпывающую информацию по поводу диагноза, об особенностях течения заболевания, о длительности лечения, об исходах лечения, о прогнозе заболевания, об обстоятельствах, ухудшающих прогноз заболевания, о предложенном плане лечения и с правилами лечебно-охранительного режима и обязуюсь их соблюдать.
5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(а) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей (специалистов) Исполнителя, немедленно сообщать врачу о любом ухудшения самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приемов препаратов, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.
6. В установленном законом порядке я уведомлен представителем ООО «ЭКОН» о том, что, на основании Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (постановление Правительства РФ №1006 от 04.10.2012г), 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.
7. Виды выбранных мною медицинских услуг согласованы с лечащим врачом (специалистом), и я даю свое согласие на проведение мне диагностических и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний и других процедур.
8. Я получил(а) информацию о других сопоставимых по медицинской эффективности методах лечения и возможности получения медицинской помощи.
9. Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.
10. Я согласен(а) 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, Исполнитель не несет ответственности за их возникновение.
11. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и нескольких видов услуг.
12. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(а) оплатить стоимость оказанных медицинских услуг в соответствии с ним.
13. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с лечащим врачом (специалистом), и я даю свое согласие на их оплату.
14. Я удостоверюсь, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.
15. Не возражаю против проведения фото- и видеофиксации лечебного процесса и/или медицинского вмешательства, записи лечебного процесса и/или медицинского вмешательства на информационные носители для последующей демонстрации лицам с медицинским образованием - исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.
16. Я разрешаю, в случае необходимости, предоставить медицинскую документацию и информацию о состоянии моего здоровья (моем диагнозе, степени тяжести, характере моего заболевания и т.д.) следующим лицам:

Настоящее информированное согласие подписано мною после проведения предварительной беседы об оказании платных медицинских услуг.

Пациент: _____ ФИО

Паспорт: _____ г.

Адрес: _____

(подпись пациента)

(расшифровка подписи)

Дата _____ г.

Информированное согласие об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг

Я, _____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____, являющийся Пациентом, в рамках Договора на оказание платных медицинских услуг № _____ от _____ г., желаю получить платные медицинские услуги в Обществе с ограниченной ответственностью «Экон» (далее по тексту - Исполнитель), расположенном по адресу: г. Санкт-Петербург, пр. Коломяжский, д. 20, лит. А, пом. 24Н или по иному адресу, указанному Исполнителем, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от работников Исполнителя полную информацию о наличии бесплатных медицинских услуг в рамках программы ОМС, даю свое согласие на оказание платных медицинских услуг и готов(а) их оплатить в Обществе с ограниченной ответственностью «Экон».
2. Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг, в то время как я рассмотрел(а) различные варианты получения медицинских услуг, и то, что мне могут оказать аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе.
3. Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг и проведение мне диагностических процедур: получения проб биологического материала для лабораторных исследований, инструментальных исследований, осмотра врача, о целях, характере и возможных неблагоприятных эффектах диагностических процедур, а также о том, что предстоит мне делать до и во время процедур на платной основе.
4. Я получил(а) исчерпывающую информацию по поводу диагноза, об особенностях течения заболевания, о длительности лечения, об исходах лечения, о прогнозе заболевания, об обстоятельствах, ухудшающих прогноз заболевания, о предложенном плане лечения и с правилами лечебно-охранительного режима и обязуюсь их соблюдать.
5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(а) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей (специалистов) Исполнителя, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приемов препаратов, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.
6. В установленном законом порядке я уведомлен представителем ООО «ЭКОН» о том, что, на основании Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (постановление Правительства РФ №1006 от 04.10.2012г), 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.
7. Виды выбранных мною медицинских услуг согласованы с лечащим врачом (специалистом), и я даю свое согласие на проведение мне диагностических и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний и других процедур.
8. Я получил(а) информацию о других сопоставимых по медицинской эффективности методах лечения и возможности получения медицинской помощи.
9. Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.
10. Я согласен(а) 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, Исполнитель не несет ответственности за их возникновение.
11. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и нескольких видов услуг.
12. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(а) оплатить стоимость оказанных медицинских услуг в соответствии с ним.
13. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с лечащим врачом (специалистом), и я даю свое согласие на их оплату.
14. Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.
15. Не возражаю против проведения фото- и видеofиксации лечебного процесса и/или медицинского вмешательства, записи лечебного процесса и/или медицинского вмешательства на информационные носители для последующей демонстрации лицам с медицинским образованием - исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.
16. Я разрешаю, в случае необходимости, предоставить медицинскую документацию и информацию о состоянии моего здоровья (моем диагнозе, степени тяжести, характере моего заболевания и т.д.) следующим лицам:

Настоящее информированное согласие подписано мною после проведения предварительной беседы об оказании платных медицинских услуг.

Пациент: _____ ФИО

Паспорт: _____ г.

Адрес: _____

(подпись пациента)

(расшифровка подписи)

Дата _____ г.

ООО «ЭКОН»
(наименование медицинского учреждения)

197348, г. Санкт-Петербург, Коломяжский пр-кт, д.20, пом. 24Н, лит.А
ИНН 7814755691 КПП 781401001 ОГРН 1197847067945
р/с 40702810655000002109 в банке СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ БАНК ПАО СБЕРБАНК
к/с 30101810500000000653
БИК 044030653 ОКПО 36817975 ОКВЭД 86.21
ОКАТО 40270000000
Телефон/факс +7(812)-982-18-99
www.cmd.spb.ru

Код формы по ОКУД _____
Код организации по ОКПО _____

Медицинская документация
Форма №025/у-04

Утверждена Минздравсоцразвития России
от 15 декабря 2014 г. № 834н

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО,
ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

№ _____

Приложение № 3 Договору № ____ от «__» _____ г.

1. Дата заполнения медицинской карты:
2. Фамилия Имя Отчество:
3. Пол:
4. Дата рождения: _____, _____ лет
5. Место регистрации: _____, тел: _____
6. Местность городская, сельская
7. Полис ОМС
8. СНИЛС
9. Страховая медицинская организация
10. Код категории льготы _____
11. Документ _____ серия _____ № _____

12. ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПОДЛЕЖАЩИЕ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ

| Дата постановки на диспансерное наблюдение | Дата снятия с диспансерного наблюдения | ДИАГНОЗ | Код по МКБ 10 | Врач |
|--|--|---------|---------------|------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

13. Семейное положение: состоит в браке, не состоит в браке, неизвестно

14. Образование: профессиональное - высшее, среднее; общее – среднее, основное, начальное

15. Занятость: работает, проходит военную службу, пенсионер, студент, не работает, прочее _____

16. Инвалидность: первичная, повторная, группа _____, дата _____

17. Место работы, должность:

18. Изменение места работы _____ 19. Изменение места регистрации _____

| Дата (число, месяц, год) | Заключительные (уточнённые) диагнозы | Установленные впервые или повторно (+ / -) | Врач |
|--------------------------|--------------------------------------|--|------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

21. ГРУППА КРОВИ _____ 22. Rh-фактор _____ 23. Аллергические реакции: _____

24. Записи врачей-специалистов: причина при травмах (отравлениях) _____

25. Медицинское наблюдение в динамике: _____

26. Этапный эпикриз: Дата _____ Временная нетрудоспособность с _____ (_____ дней).

Сопутствующие заболевания _____

_____ код по МКБ-10 _____

27. Консультация заведующего отделением Дата _____ Временная нетрудоспособность с _____ (_____ дней).

28. Заключение врачебной комиссии : Дата _____ Рекомендации _____

Председатель _____ Члены комиссии _____

29. Диспансерное наблюдение Дата _____ Жалобы и динамика состояния _____

Проводимые лечебно-профилактические мероприятия _____

30. Сведения о госпитализациях : Дата поступления и выписки _____ Медицинская организация, в которой была оказана мед. помощь в стационарных условиях _____

Заключительный клинический диагноз _____

31. Сведения о проведённых оперативных вмешательствах в амбулаторных условиях

Дата проведения _____

Название оперативного вмешательства _____

32. Лист учета доз облучения при рентгенологических исследованиях: Дата проведения _____

Название рентгенологического исследования _____

Доза облучения _____

33. Результаты функциональных методов исследования: _____