

**Уведомление пациента о несоблюдении назначений (рекомендаций) врача  
при оказании платных медицинских услуг**

«<ДАТА\_Д>» <ДАТА\_М> <ДАТА\_Г> г.

В рамках договора на оказание платных медицинских услуг изъявил(а) желание получить платные медицинские услуги в <ПОЛНОЕ\_НАЗВАНИЕ\_ОРГАНИЗАЦИИ>, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Мне разъяснено и я осознал(а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат и что при медицинском вмешательстве и после него, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения.
2. Мне разъяснено, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой мне платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.
3. 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, не несет ответственности за их возникновение.
4. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.
5. Настоящее уведомление мною прочитано, я в полном объеме проинформирован и осознаю последствия несоблюдения мною назначений (рекомендаций) врача.

**Пациент:** <ИМЯ\_ПАЦИЕНТА> /<ПАЦИЕНТ\_ФАМИЛИЯ\_И\_О> /

**Договор №<НОМЕР\_ДОГОВОРА> от <ДАТА\_Д> <ДАТА\_М\_РОД\_ПАДЕЖ>  
<ДАТА\_Г> г.**

**на оказание платных медицинских услуг**

<ПОЛНОЕ\_НАЗВАНИЕ\_ОРГАНИЗАЦИИ> в лице директора Лютина С.В., действующего на основании Устава и лицензии на осуществление медицинской деятельности № <ЛИЦЕНЗИЯ>, выданной Министерством здравоохранения Удмуртской Республики (адрес УЛМД УР: Удмуртская Республика, 426039, г.Ижевск, ул.Воткинское шоссе, д.57, а/я 521, тел.: (3412)20-49-11), на виды деятельности, указанные в приложении к лицензии, именуемое в дальнейшем "**Исполнитель**", с одной стороны, и гражданин(ка) РФ <ПАЦИЕНТ\_ФИО\_ПОЛНОЕ>, проживающего по адресу: <ПАЦИЕНТ\_АДРЕС\_РЕГИСТРАЦИИ>

паспорт серии <ПАСПОРТ\_СЕРИЯ> N <ПАСПОРТ\_НОМЕР> выдан <ПАСПОРТ\_ВЫДАН> <ПАСПОРТ\_ДАТА\_ВЫДАЧИ> <ПАСПОРТ\_ДАТА\_РЕГИСТРАЦИИ> номер телефона: <ПАЦИЕНТ\_ТЕЛЕФОН>, адрес электронной почты: <ПАЦИЕНТ\_ПОЧТА>, именуемый в дальнейшем "**Пациент**", с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

**1. Предмет договора**

1.1. Исполнитель берет на себя обязательство оказывать Пациенту в период действия настоящего Договора медицинские услуги (далее – Услуги), отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а Пациент обязуется оплачивать их в порядке, установленном настоящим Договором, на основании прейскуранта цен, действующего на момент получения соответствующей Услуги.

1.2. Исполнитель предоставляет Пациенту информацию о видах, сроках и стоимости оказываемых медицинских услуг.

**2. Права и обязанности сторон**

**2.1. Исполнитель обязуется:**

2.1.1. оказывать медицинские услуги качественно, в соответствии с действующим законодательством, и в установленный срок;

2.1.2. в доступной форме предоставлять Пациенту или его законному представителю имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии здоровья Пациента, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи;

2.1.3. по письменному заявлению Пациента (законного представителя) выдавать копии медицинских документов, выписки медицинских документов, отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг при условии оплаты услуги;

2.1.4. соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия и здоровья Пациента (врачебную тайну).

**2.2 Исполнитель имеет право:**

2.2.1. отказать в оказании услуги в случае нарушения Пациентом условий Договора, в том числе в случае отсутствия полной оплаты данной услуги;

2.2.2. отказать в оказании услуги в случае выявления противопоказаний к проведению услуги;

2.2.3 отказать в оказании услуги в случае противоправного поведения Пациента, допускающего грубость и хамство;

2.2.4 при отсутствии технических возможностей, перенести дату оказания медицинской услуги;

2.2.5 вернуть уплаченные денежные средства соразмерно оказанной услуге по комплексной программе.

**2.1. Пациент обязуется:**

2.1.1. оплатить медицинские услуги в порядке, указанном в п.3 настоящего Договора;

2.1.2 приходить в указанное время согласно записи, а при отсутствии возможности посещения клиники предупредить Исполнителя не менее чем за сутки;

2.1.3 неукоснительно выполнять назначения врача для недопущения снижения качества предоставляемой медицинской услуги;

2.1.4. информировать медицинского работника о текущем состоянии здоровья, об аллергических реакциях, перенесенных заболеваниях;

**2.2. Пациент имеет право:**

2.2.1. требовать от Исполнителя предоставления сведений о наличии лицензии и уровня квалификации медицинского работника, оказывающего услугу;

2.2.2. требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии (врачебной тайны), кроме предусмотренных законодательством случаев;

2.2.3. на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;

2.2.4. отказаться от получения Услуги (до момента начала ее оказания) и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания Услуги.

**3. Цена и порядок оплаты услуг**

3.1. Стоимость Услуги определяется действующим на момент оказания услуги прейскурантом.

3.2. Оплата Услуг осуществляется Пациентом в порядке 100-процентной предоплаты до получения Услуги путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

**4. Ответственность сторон**

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

4.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Пациентом условий настоящего Договора или форс-мажорные обстоятельства.

4.3. Пациент несет ответственность за своевременное и абсолютное исполнение назначений лечащего врача.

## 5. Прочие условия

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания обеими сторонами и действует в течение одного календарного года с даты его подписания. По факту оказания медицинской услуги Пациентом Стороны подписывают соответствующий акт. Все акты, подписанные Сторонами в период действия настоящего договора, являются его неотъемлемой частью.

5.2. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, подлежат на рассмотрение в соответствии с законодательством РФ.

5.3. Настоящий договор подписан в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.

5.4. Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе любой из сторон с обязательным предварительным уведомлением другой стороны.

5.5. Стороны признают юридическую силу документов, подписанных с помощью факсимильного воспроизведения подписи, включая настоящий Договор, дополнительные соглашения и приложения к нему, иные документы в рамках исполнения Договора.

5.6. Доводим до сведения желающих заключить договор на оказание платных медицинских услуг - о возможности получения соответствующих видов и объемов 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 на территории Удмуртской Республики в медицинских организациях, участвующих в реализации вышеуказанной программы, в том числе Территориальной программы ОМС\* в организациях, определенных в соответствии с реестром медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС

## 6. Адреса и реквизиты сторон

**Исполнитель**  
<ПОЛНОЕ\_НАЗВАНИЕ\_ОРГАНИЗАЦИИ>  
ИНН <ОРГАНИЗАЦИЯ\_ИНН>  
<ОРГАНИЗАЦИЯ\_ЮРИДИЧЕСКИЙ\_АДРЕС>  
Контакт-центр: г. Ижевск, тел. (3412) 50-16-40  
Исполнитель \_\_\_\_\_ / Лютин С. В. /

**Пациент**  
\_\_\_\_\_  
<ПАЦИЕНТ\_ФАМИЛИЯ\_И\_О>

## СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ В ООО МЦ «ЮНИМЕД» Я, <ПАЦИЕНТ\_ФИО\_ПОЛНОЕ>

в соответствии с требованиями Ст. 9 ФЗ от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в <ПОЛНОЕ\_НАЗВАНИЕ\_ОРГАНИЗАЦИИ> (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, 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.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет.

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

Я даю согласие на обработку и передачу моих персональных данных и персональных данных моего ребенка, в объеме и способами, указанными в п. 1., 3. ст. 3., ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей оказания медицинских услуг.

Я также выражаю согласие на получение от Оператора информации о скидках и акциях, рекламных материалов, связанных с услугами, оказываемыми Оператором. Даю согласие об информировании меня заблаговременно о записи на прием, назначенных процедурах и передаче другой информации, связанной с моим обслуживанием Оператором. Данная информация может быть мне передана при помощи средств связи – телефон (смс, голосовое оповещение), электронная почта, почта.

**Настоящее согласие дано мной «<ДАТА\_Д>» <ДАТА\_М> <ДАТА\_Г> г. и действует бессрочно.**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО Я,** <ПАЦИЕНТ\_ФИО\_ПОЛНОЕ>, в соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю информационное добровольное согласие на медицинское вмешательство. 1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), кольпоскопия, ректальное исследование. 3. Антропометрические исследования. 4. Термометрия. 5. Тонометрия. 6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций. 7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций. 8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы). 9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические, цитологические, серологические, биопсия. 10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных). 11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования. 12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно. 13. Исследования, в том числе фиброгастродоскопия (ФГС) 14. Медицинский массаж. 15. Лечебная физкультура. Я в полной мере проинформирован(а) о целях, методах, возможном риске, вариантах, последствиях, результатах данного медицинского вмешательства. Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно соглашаюсь на медицинское вмешательство. Я уведомлен(а) и согласен(а) с обработкой и передачей моих персональных данных и персональных данных моего ребенка в объеме и способами, указанными в п. 1., 3. ст. 3., ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей оказания мне медицинских услуг. Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания, осведомлен(а) об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время указанного медицинского вмешательства, включая анестезию и прием лекарственных средств, и понимаю, что существует определенная степень риска возникновения побочных эффектов и осложнений, аллергические реакции и др. До меня была доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях введения медицинских препаратов в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена. Исключений, запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имею. Я согласен(а) на применение лекарственных препаратов за исключением:

\_\_\_\_\_ (указать какие, если имеются исключения). Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все интересующие меня вопросы. Я даю разрешение моему лечащему врачу проводить любые диагностические мероприятия (в том числе рентгенологические снимки), которые он сочтет необходимыми. Я разрешаю передать информацию о моем нахождении на лечении и состоянии моего здоровья следующим лицам: \_\_\_\_\_

<ДАТА\_Д> <ДАТА\_М> <ДАТА\_Г> г.

**Фамилия, инициалы и подпись пациента:** \_\_\_\_\_ <ПАЦИЕНТ\_ФАМИЛИЯ\_И\_О>

**Примечание: при приеме лиц до 15 лет (детей), обязательно подписывается родителем или иным законным представителем**