

Уведомление пациента и законного представителя о несоблюдении назначений (рекомендаций) врача при оказании платных медицинских услуг

«<ДАТА_Д>» <ДАТА_М> <ДАТА_Г> г.

Я, <ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ФИО>, <ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ДР> г. рождения, зарегистрированный по адресу: <ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_АДРЕС_РЕГИСТРАЦИИ>, паспорт <ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ПАСПОРТ_СЕРИЯ> № <ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ПАСПОРТ_НОМЕР>, ВЫДАН <ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ПАСПОРТ_ДАТА_ВЫДАЧИ>, <ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ПАСПОРТ_ВЫДАН>, являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: <ПАЦИЕНТ_ФИО>, <ПАЦИЕНТ_ДР> г. рождения.

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 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 здоровья ребенка (пациента).
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 осознано последствия несоблюдения мною назначений (рекомендаций) врача.

Пациент: _____ /<ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ФИО>/, (<ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ТЕЛЕФОН>)

Договор на оказание платных медицинских услуг

<ДАТА_Д> <ДАТА_М> <ДАТА_Г> г.

<ПОЛНОЕ_НАЗВАНИЕ_ОРГАНИЗАЦИИ>, в лице генерального 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 < ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ФИО >, <ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ДР> г. рождения, зарегистрированный по адресу: <ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_АДРЕС_РЕГИСТРАЦИИ>, паспорт <ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ПАСПОРТ_СЕРИЯ> № <ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ПАСПОРТ_НОМЕР>, ВЫДАН <ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ПАСПОРТ_ДАТА_ВЫДАЧИ>, <ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ПАСПОРТ_ВЫДАН>, именуемый в дальнейшем "**Представитель**", являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: <ПАЦИЕНТ_ФИО>, <ПАЦИЕНТ_ДР> г. рождения, именуемый в дальнейшем "**Пациент**". номер телефона: <ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ТЕЛЕФОН>, адрес электронной почты: < ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ПОЧТА>

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 Представитель обязуется оплачивать их в порядке, установленном настоящим Договором, на основании прейскуранта цен, действующего на момент получения Пациентом соответствующей Услуги.
- 1.2. Исполнитель предоставляет Представителю и 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 Представителю и Пациенту 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 законного Представителя Пациента выдавать копии медицинских документов, выписки медицинских документов, отражающие состояние здоровья Пациента 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 или законным Представителем 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, либо законного Представителя, 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. Законный представитель и Пациент обязуются:

- 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. Законный представитель 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 Законным представителем в порядке 100-процентной предоплаты до получения Услуги Пациентом 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 либо Законным представителем условий настоящего Договора или форс-мажорные обстоятельства.
- 4.3. Законный представитель и Пациент несут 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 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 **Законный представитель**

ООО МЦ «Юнимед»

ИНН 1841011267

г. Ижевск, ул. Красноармейская, 86б

Контакт-центр: г. Ижевск, тел. (3412) 50-16-40

(3412) 50-98-17

Исполнитель _____ /Лютин С.В./ _____ (<ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ФИО>)

СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ В <ПОЛНОЕ НАЗВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ>

Я, <ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_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 и данных моего ребенка или лица, признанного недееспособным: <ПАЦИЕНТ_ФИО> (далее – Пациент), включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные о состоянии здоровья Пациента, 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 и данные Пациента, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах обследования и лечения Пациента.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными и персональными данными Пациента, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные и персональные данные Пациента посредством внесения их в электронную базу данных.

Срок хранения моих персональных данных и персональных данных Пациента 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.

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

Я также выражаю свое 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, <ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_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 моему ребенку или лицу, признанному недееспособным: <ПАЦИЕНТ_ФИО> (далее – Пациент). 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), 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. 10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, 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. Инвазивные диагностические и лечебные процедуры (эндоскопические исследования ЖКТ, забор биологического материала, биопсия и др.) 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 Пациенту. 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 заболевания Пациента, 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 лечащему врачу проводить любые диагностические мероприятия (в том числе рентгенологические снимки), которые он сочтет необходимыми. Я разрешаю передать информацию о нахождении на лечении и состоянии здоровья Пациента следующим лицам: _____. 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.

Фамилия, инициалы и подпись представителя: _____ <ПРЕДСТАВИТЕЛЬ_ФИО>

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