**Договор**

**на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **г. Лобня** | **от « \_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_г.** |

**Общество с ограниченной ответственностью «ГАРМОНИЯ»,** лицензия на осуществление медицинской деятельности **№ Л041-01162-50/00315424 от 26 марта 2019г**., в дальнейшем именуемое «Исполнитель», в лице главного врача Гришина Дмитрия Юрьевича, действующего на основании доверенности №02 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ амбулаторной карты \_\_\_\_\_\_\_\_\_,именуемый (ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**
   1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания обеими Сторонами и действует бессрочно.
   2. Договор, может быть расторгнут по соглашению Сторон либо в ином порядке и по основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации. В случае отказа Пациента после заключения настоящего договора от получения медицинских услуг, договор расторгается, при этом Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.
   3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору должны быть совершены письменно в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации и настоящим Договором.
2. **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.**
   1. В соответствии с настоящим Договором Исполнитель обязуется оказывать Пациенту на возмездной основе медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ (далее – «услуги»), а Пациент обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставляемых медицинских услуг, а также выполнять требования Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.
   2. Медицинские услуги оказываются на основании лицензии № Л041-01162-50/00315424 от 26 марта 2019г., выданной Министерством здравоохранения Московской области, адрес места нахождения Московская область, г. Красногорск, бульвар Строителей, д.1, телефон 8-498-602-0301.

Согласно выданной лицензии при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, медицинскому массажу, сестринскому делу; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи а амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), анестезиологии и реаниматологии, гастроэнтерологии, дерматовенерологии, кардиологии, колопроктологии, неврологии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, оторинолариноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), профпатологии, пульмонологии, ревматологии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии, эндоскопии, акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности). При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим),медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым), медицинским осмотрам (предсменным, послесменным) медицинским осмотрам профилактическим; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности.

* 1. Пациент дает согласие с тем, что проводимое Исполнителем лечение не может полностью гарантировать достижение эффекта, так как при оказании медицинских услуг и после них, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения, а также с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма.
  2. При исполнении настоящего Договора стороны руководствуются действующим законодательством, регулирующим предоставление платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями.

1. **ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.**
   1. **Исполнитель имеет право:** 
      1. Самостоятельно определять характер и объем исследований и манипуляций, необходимых для установления диагноза, профилактики и лечения Пациента.
      2. Вносить изменения в прейскурант услуг. Прейскурант является официальным документом Исполнителя, содержит полный перечень услуг, оказание которых возможно в рамках настоящего договора. С прейскурантом Пациент может ознакомиться в медицинской клинике или на сайте Исполнителя https://garmoniyaclinic.ru
      3. Не приступать к оказанию медицинских услуг или перенести срок оказания таких услуг на другое время, если Пациент не оплатил или не полностью оплатил медицинскую услугу, в зависимости от условий порядка расчетов, установленных для Пациента по настоящему договору.
      4. При необходимости привлекать третьих лиц (медицинских специалистов, медицинские учреждения) для оказания услуг Пациенту.
      5. Вносить изменения в План оказания медицинских услуг и проводить дополнительное лечение, уведомив об этом Пациента и получив в необходимых случаях согласие Пациента.
      6. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для проведения медицинской услуги, Исполнитель вправе назначить другого врача с согласия Пациента.
      7. Отказаться от предоставления Пациенту услуг, предусмотренных настоящим Договором в случае:

– невозможности обеспечения безопасного оказания медицинской услуги;

– отсутствия необходимых специалистов, оборудования, инструментария;

– при выявлении у Пациента заболевания, лечение которого возможно лишь в специализированных медицинских учреждениях;

– если медицинское вмешательство, по мнению врача, сопряжено с неоправданным риском причинения вреда здоровью Пациента или угрожает жизни Пациента;

– невыполнения Пациентом условий настоящего Договора.

* + 1. В случае нарушения Пациентом предписаний, рекомендаций и назначений врача(ей), отказаться от настоящего договора с момента обнаружения этих нарушений, если прекращение оказания медицинских услуг не угрожает жизни Пациента и здоровью окружающих. При этом стоимость фактически оказанных услуг не возвращается, а Исполнитель не несет ответственности за возможное ухудшение состояния здоровья Пациента.
    2. Требовать от Пациента подписания Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и не приступать к услуге до его получения, за исключением случаев, когда состояние Пациента не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно.
  1. **Исполнитель обязан:** 
     1. Своевременно и качественно оказывать услуги в соответствии с условиями настоящего Договора и с соблюдением требований действующего законодательства при условии, что Пациент даст на это Информированное добровольное согласие.
     2. В своей деятельности по оказанию медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном действующим законодательством порядке.
     3. Обеспечить Пациента информацией, включающей в себя сведения о месте оказания услуг\_141732, М.О., Лобня ул. Борисова, д.24, помещение 6 (при подписании договора, в случае оказания услуги по иному адресу, указывается фактический адрес исполнения), режиме работы Исполнитель, перечне услуг с указанием их стоимости, условия и сроки предоставления платных медицинских услуг оказываемых по настоящему Договору, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов Исполнителя.
     4. Предоставлять Пациенту полную информацию о назначениях, методах лечения, действиях применяемых препаратов, возможных последствиях, а также рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения.
     5. Обеспечить выполнение принятых на себя обязательств по оказанию услуг силами собственных специалистов и/или сотрудников медицинских учреждений, имеющих с Исполнителем договорные отношения.
     6. Обеспечить Пациенту непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по письменному требованию Пациента или его представителя копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья Пациента. Справки и медицинские заключения выдаются пациентам на бумажном носителе при их личном обращении за получением указанных документов в медицинскую организацию при предъявлении документа, удостоверяющего личность.
     7. Обеспечить режим конфиденциальности о состоянии здоровья Пациента в соответствии с п.6 настоящего договора и законодательства о врачебной тайне.

3.2.8. Предоставить в доступной форме информацию 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.

3.2.9. Представлять для ознакомления по требованию Пациента:

а) копию учредительного документа Исполнителя, положение о его филиале (отделении, другом территориально обособленном структурном подразделении), участвующем в предоставлении платных медицинских услуг;

б) копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением Перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с данной лицензией.

3.2.9. При предоставлении платных медицинских услуг должны соблюдаться порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

* 1. **Пациент имеет право:**
     1. Пациент имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.
     2. Пациент имеет право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. В случаях, когда состояние Пациента не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах Пациента решает консилиум, а в особых случаях лечащий (дежурный) врач. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается Пациентом или его представителем, а также медицинским работником.
     3. Самостоятельно, на основе действующего прейскуранта, определять перечень услуг, которые он желает получить в рамках настоящего договора, с учетом рекомендаций, полученных от медицинского персонала.
     4. По требованию Пациента настоящий договор может быть предоставлен ему в печатной форме.
     5. Получить копию медицинской документации на бумажном носителе по документу, удостоверяющему личность.
     6. Обратиться к руководству Исполнителя с предложениями, жалобами, в том числе в случае претензий по объему и качеству оказанных медицинских услуг.
     7. Пациент вправе отказаться от исполнения настоящего договора в порядке, установленном действующим законодательством.
     8. При отказе от исполнения договора либо предъявлении претензий, требований о возврате денежных средств, Пациент обязан предъявить и передать платежный документ об оплате услуги.
  2. **Пациент обязан:**

3.4.1. Пациент обязуется своевременно оплачивать услуги Исполнителя в соответствии с условиями статьи 5 настоящего Договора.

3.4.2. Пациент обязуется заблаговременно информировать Исполнителя о необходимости отмены или изменении назначенного ему времени получения услуги.

3.4.3. Пациент обязан строго исполнять рекомендации и требования лечащего врача, а также информировать последнего об известных Пациенту аллергических реакциях на какие-либо лекарственные препараты, о перенесенных заболеваниях и возникших вследствие этого осложнениях и любых иных обстоятельствах, могущих повлиять на оказываемую услугу, включая предоставление недостоверной или просроченной информации о состоянии здоровья. Пациент подтверждает, что предупрежден и осознает, при несоблюдении лечебно-охранительного режима, рекомендаций медработников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, лекарственных средств, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

3.4.4. Пациент обязуется предоставить Исполнителю свои персональные данные в соответствии с п.6.1. настоящего Договора, надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора и своевременно информировать о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Пациентом настоящего Договора.

3.4.5. Подписывать своевременно Акты об оказании услуг Исполнителем.

3.5.1. Пациенту при посещении медицинского центра запрещается: курить в помещении Исполнителя, пользоваться открытым пламенем (спичками, зажигалкой и пр.), приносить с собой легковоспламеняющиеся и горючие жидкости, приходить в состоянии алкогольного, наркологического, токсического опьянения, нарушать правила поведения в общественном месте.

3.5.2. Подписанием настоящего договора, Пациент подтверждает:

-получение до заключения данного договора в письменной форме уведомления о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя;

-Пациентом получена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

а) порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;

б) информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

в) информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

г) другие сведения, относящиеся к предмету договора.

-Пациентом получены все Приложения к настоящему договору.

3.5.3. Если Пациент заявляет о своем намерении исправить недостатки в другой клинике, тем самым он дает согласие, что дальнейшие гарантийные обязательства будет нести клиника-исполнитель, где он намерен исправлять недостатки;

1. **УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ.**
   1. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в помещениях Исполнителя, а также в медицинских учреждениях, имеющих с Исполнителем соответствующие договоры.
   2. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией Исполнителя и доводятся до сведения Пациента.
   3. Предоставление услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Пациента на прием (определение времени получения услуги).
   4. В случае опоздания Пациента более чем на 15 (пятнадцать) минут по отношению к назначенному Пациенту времени получения услуги, Исполнитель оставляет за собой право на перенос или отмену записи Пациента на прием.
   5. Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе Пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.
   6. Исполнитель оставляет за собой право изменять время оказания услуг по предварительному согласованию с Пациентом.

4.7. Предоставление Исполнителем дополнительных услуг оформляется дополнительным соглашением Сторон к настоящему договору и оплачивается дополнительно. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель предупреждает об этом Пациента. Без согласия Пациента Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

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

1. **ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ.**
   1. Оплата услуг Исполнителя осуществляется Пациентом путем внесения наличных денежных средств или посредством банковской пластиковой карты через кассу Исполнителя в срок установленный в Плане оказания медицинских услуг.
   2. Оказываемые по настоящему Договору услуги могут быть оплачены за Пациента иным физическим, с указанием за кого производится оплата.
   3. Стоимость медицинских услуг определяется исходя из согласованного с Пациентом Плана оказания медицинских

услуг и в соответствии с прайс-листом, действующим на момент оказания услуги, с которыми Пациент ознакомлен до подписания настоящего договора и его подписанием Пациент подтверждает свое ознакомление со стоимостью медицинских услуг, установленных расценками прейскуранта. Потребителю названы и согласованы, в том числе стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. С согласия Пациента работа может быть оплачена им при заключении договора в полном размере или путем выдачи аванса.

5.4. Пациенту в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг *(кассовый чек, квитанция или иные документы)*.

5.5. Датой оплаты стоимости услуг считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или день внесения денежных средств в кассу Исполнителя.

1. **КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ.**
   1. В целях исполнения настоящего Договора Пациент предоставляет Исполнителю свои персональные данные (в том числе фамилия, имя, отчество, дата рождения, данные документа, удостоверяющего личность, адрес регистрации и адрес проживания, контактные данные и прочее) и дает свое согласие на обработку персоналом Медицинского центра своих персональных данных
   2. Информация о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии здоровья Пациента и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну.
   3. Предоставление информации, содержащейся в медицинских документах Пациента, составляющей врачебную тайну, без согласия Пациента или его представителя допускается в целях обследования и лечения Пациента, исключительно в случаях, предусмотренных законодательством РФ.
   4. Результаты медицинских обследований персоналом Исполнителя по телефону Пациентам не сообщаются.
   5. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой стороны при исполнении настоящего договора.
2. **ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.** 
   1. Стороны несут ответственность, за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, в соответствии с действующим законодательством РФ.
   2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Пациентом условий настоящего Договора, невыполнение Пациентом рекомендаций и требований медицинского персонала, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.
   3. Сторона считающая, что ее права по настоящему Договору нарушены, вправе направить другой Стороне письмо с изложением своих претензий. Сторона, получившая претензию, обязана ответить на нее в установленном законом порядке.

Исполнитель не несет ответственности, если до оказания медицинской услуги Пациент не проинформировал врача о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях и иных обстоятельствах, могущих повлиять на результат услуги, если неэффективность оказанной медицинской услуги или причиненный вред явились следствием отсутствия у врача такой информации. Также Исполнитель не несет ответственности за то, что результат так и не наступил, если до заключения договора Пациенту была предоставлена вся необходимая информация об услуге и отсутствовали обстоятельства, препятствующие достижению желаемого пациентом результата (ст. 36 Закона о защите прав потребителей).

* 1. В случае причинения ущерба имуществу Исполнителя Пациент обязан возместить причиненный ущерб в полном объеме.

7.5.Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, включая пандемию находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

7.6.Сторона, для которой сделалось невозможным исполнение обязательств по договору, обязана не позднее 7 (семь) календарных дней с момента их наступления и прекращения в письменной форме (включая смс сообщения) уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

7.7.Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7.8.Исполнитель и его работники, оказывающие услуги по настоящему договору, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании Пациенту медицинской помощи.

1. **РАССМОТРЕНИЕ СПОРОВ.**
   1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, разрешаются сторонами путем переговоров. В случае невозможности урегулирования споров путем переговоров, все споры сторон по настоящему договору и в связи с ним, по которым стороны не могут прийти к обоюдному согласию, подлежат разрешению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством РФ.

**9.Неотъемлемой частью настоящего Договора являются:**

9.1. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств (Приложение N 1).

9.2. **Заявление на обработку персональных данных пациента (представителя пациента** (Приложение N 2).

9.3. Уведомление о несоблюдении указаний (рекомендаций) (Приложение N 3).

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель**  **Общество с ограниченной ответственностью**  **«ГАРМОНИЯ»**  ОГРН 1155047012988  ИНН 502502856000 КПП 502501001  Адрес места нахождения: 141732, М.О., г. Лобня,  ул. Борисова, д.24, помещение 6.  ОКВЭД 86.10 Деятельность больничных организаций  р/с 40702810900000181440Филиал "Центральный" Банка ВТБ (ПАО) г. Москва к/с 301018101452500004 11  БИК 044525411  Сайт: https://garmoniyaclinic.ru  Электронная почта: garmoniyaclinic@yandex.ru  Телефон: +7 (495) 777-21-31  Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Гришин Д.Ю./  М.П. | **Пациент/Представитель**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспортные данные \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Контактный телефон  ✓\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Подпись |

**Приложение 1**

**к договору на оказание платных медицинских услуг**

Главному врачу

ООО «ГАРМОНИЯ»

Гришину Д.Ю.

Я, дееспособное лицо, (Являясь законным представителем пациента) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. год рождения) настоящим, для целей исполнения условий Договора, приложением к которому является данное Согласие, даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи (даю согласие на проведение лицу, чьим законным представителем я являюсь) в ООО «ГАРМОНИЯ» нижеперечисленных видов медицинских вмешательств:

Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;

Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), 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, бактериологические, вирусологические, иммунологические;

Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, 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, внутрикожно;

Медицинский массаж; Лечебная физкультура.

Мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов вышеперечисленных медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев:

если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители (в отношении лиц, указанных в подпункте 2 настоящего перечня);

в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;

в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами;

в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления);

при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы. Сведения о выбранных мною лицах, которым может быть передана информация о состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь.

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  Подпись мед. работника Расшифровка подписи | ✓ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  Подпись гражданина Расшифровка подписи |

**Приложение2**

**к договору на оказание платных медицинских услуг**

Главному врачу

ООО «ГАРМОНИЯ»

Гришину Д.Ю.

**Заявление на обработку персональных данных пациента (представителя пациента)**

В соответствии с Федеральным законом от 27.07. 2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» я, нижеподписавшийся, даю согласие в ООО «ГАРМОНИЯ», расположенный по адресу: Московская область, г. Лобня, ул. Борисова, д.24, помещение 6, на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу (на законных основаниях) в устном, письменном, электронном виде моих персональных данных (персональных данных лица, чьим законным представителем я являюсь) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (Ф.И.О. лица, чьим законным представителем являюсь), а именно: Фамилия, Имя, Отчество, дата рождения; Паспортные данные; Адрес места работы (службы), домашний адрес; Контактные телефоны, в том числе родственников; Электронный адрес; Реквизиты полиса медицинского страхования; Данные о состоянии здоровья. В целях оказания медицинских услуг, оперативного и достоверного получения учетной и отчетной информации о пациентах с применением средств автоматизации, поддержания связи со мной лечащим врачом, информирования о дате и времени приема, готовности результатов исследований и их получении, действующих акциях, новых услугах центра, изменении времени приема. В целях осуществления опросов по изучения мнения о качестве оказанных услуг путем направления мне корреспонденции на указанный почтовый адрес, направления обращений по указанным номерам телефонов, отправки смс-сообщений на указанный мобильный номер телефона, отправки электронных писем на указанный электронный адрес.

Я утверждаю, что ознакомлен с документами организации, устанавливающими порядок обработки персональных данных, а также с моими правами и обязанностями в этой области. Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока. Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

✓\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) « \_\_\_ »\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Подпись Расшифровка подписи

**Приложение № 3**

**к договору на оказание платных медицинских услуг**

**№312 624 от «10» Май 2024 г.**

**УВЕДОМЛЕНИЕ ПАЦИЕНТУ**

Уведомляем Вас о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

|  |  |
| --- | --- |
| Главный врач  ООО «ГАРМОНИЯ»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Гришин Д.Ю.  М.П. | Уведомление получено ✓ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  Подпись Расшифровка подписи |
|  |  |
|  |  |