

ДОГОВОР № 13051
возмездного оказания медицинских услуг

г. Москва

3 октября 2023 г.

Общество с ограниченной ответственностью «НАШЕ ВРЕМЯ» (Свидетельство о государственной регистрации юридического лица № 1187746434017 от 24.04.2018г.), расположенный по адресу: Россия, 119421, г.Москва пр. Ленинский д.103 корп.Э 2 пом LIV комн 5 -1, в лице Генерального директора Очаковской Е.Ю., действующего на основании Устава, именуемый в дальнейшем «Исполнитель», и **Тест Тест Тест**, проживающий по адресу , паспорт , выдан , , код подразделения , именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор, в дальнейшем «Договор», о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель в порядке и на условиях, установленных настоящим Договором, действующим прайс - листом, а также Правилами предоставления платных медицинских услуг населению, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006

«Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», (далее Правила), обязуется оказать Заказчику медицинские услуги, а Заказчик – принять и оплатить услуги Исполнителя. Прайс-лист, действующий на момент заключения Договора, является официальным документом Исполнителя и содержит полный перечень услуг, оказание которых возможно в рамках настоящего договора, сроки предоставления услуг, а также их стоимость, и является неотъемлемой частью настоящего договора. С прайс-листом Заказчик может ознакомиться в медицинских офисах Исполнителя.

1.1.1. Перечень услуг, подлежащих предоставлению Исполнителем в рамках настоящего Договора, самостоятельно определяется Заказчиком на основании прайс-листа Исполнителя и фиксируется в кассовом чеке или в приложении к настоящему Договору, выдаваемом Исполнителем по факту предоплаты Заказчиком заказанных услуг.

1.2. В случае, если Заказчик, Пациент или Законный представитель пациента совпадают в одном лице, то по тексту настоящего Договора термины «Пациент», «Заказчик» и «Законный представитель» являются равнозначными и могут применяться как совместно, так и раздельно.

1.3. Медицинские услуги предоставляются Пациенту Исполнителем путем выполнения работ (оказания услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в Лицензии Исполнителя, согласно выбранной Заказчиком/Пациентом медицинской услуге и/или Программе оказания медицинской помощи. Ознакомиться с перечнем работ (услуг), предусмотренных Лицензией Исполнителя, Заказчик/Пациент может на интернет сайте Исполнителя www.nv-clinic.ru (<http://www.nv-clinic.ru>), а также на информационных стендах (стойках) Исполнителя. По требованию Заказчика предоставляется копия Лицензии.

1.4. Медицинские услуги оказываются Исполнителем Пациенту в Клинике: НАШЕ ВРЕМЯ, (далее - Клиника), расположенной по адресу: 119421, г. Москва, Ленинский проспект, дом 103, Э 2 пом LIV комн 5-10

1.5. Настоящий Договор является публичным договором-офертой и содержит все существенные условия предоставления платных медицинских услуг населению.

1.6. Свидетельством полного и безоговорочного акцепта (принятия) условий настоящего Договора Заказчиком, а также информированного согласия Заказчика с доведёнными Исполнителем до сведения Заказчика условиями осуществления медицинского вмешательства, в том числе с привлечением Исполнителем третьих лиц, равно как и условиями сбора, хранения, обработки и использования Исполнителем персональных данных Заказчика, необходимых для оказания услуг в рамках настоящего Договора, является оплата Заказчиком выбранных им услуг либо их части согласованной Сторонами. Настоящий Договор вступает в действие с момента оплаты Заказчиком услуг в указанном порядке.

1.7. Исполнитель имеет право на осуществление медицинской деятельности на основании лицензии № 0021776 15.11.2018 года, выданной Министерством здравоохранения г. Москвы.

1.8. Порядок и правила оказания медицинских услуг Исполнителем, а также иные условия исполнения настоящего договора установлены в Положении о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг, информация о котором доводится до Пациента путем размещения в сети Интернет на сайте www.nv-clinic.ru и на

информационных стендах(стойках), расположенных в Клинике.

2. Права и обязанности Исполнителя

- 2.1. Исполнитель обязуется оказывать Заказчику истребованные им услуги в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации и условиями настоящего Договора.
- 2.2. Исполнитель обязан оказать медицинские услуги Заказчику в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.
- 2.3. В рамках исполнения обязательств по настоящему Договору Исполнитель обязуется обеспечить выполнение требований ст.61 «Врачебная тайна» Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан (утв. ВС РФ 22.07.1993 года № 5487 -1).
- 2.4. Исполнитель вправе привлекать третьих лиц к исполнению своих обязанностей по настоящему Договору.
- 2.5. Исполнитель вправе рекомендовать (направить) Пациента для проведения дополнительных консультаций и (или) других видов медицинской помощи в другие медицинские организации без каких-либо гарантий оплаты со стороны Исполнителя.
- 2.6. Исполнитель вправе направить Пациента на госпитализацию в соответствующие специализированные стационары при условии наличия медицинских показаний и выявления состояний, требующих госпитализации и не входящих в компетенцию Исполнителя.
- 2.7. В одностороннем порядке изменить предварительно определенный объем оказываемых медицинских услуг, в случае, если существует угроза жизни или здоровью Пациента, и/или при возникновении состояний Пациента, требующих незамедлительного медицинского вмешательства.
- 2.8. Исполнитель в праве изменить состав, порядок и условия предоставления услуг путем внесения изменений в прайс-лист без ухудшений условий. В случае увеличения покупной цены приобретаемого для пациента медицинского препарата, возможно пропорциональное увеличение цены услуг для пациента.
- 2.9. В случаях, когда исполнение услуг по Договору стало невозможным вследствие действий или упущений Заказчика, Исполнитель сохраняет право на уплату ему определенной в соответствии с договором цены с учетом выполненной части услуг.
- 2.10. Исполнитель обязуется осуществить выдачу подготовленной в рамках настоящего Договора необходимой медицинской документации Заказчику в срок, определенный для таких услуг прайс-листом Исполнителя.
- 2.11. Перечень и стоимость медицинских услуг могут быть определены программой медицинского обслуживания или планом лечения (далее - Программа/План лечения). Медицинские услуги в рамках Программ лечения оказываются Пациенту в порядке и на условиях, согласованных Сторонами в Дополнительном соглашении к настоящему Договору.
- 2.12. Исполнитель обязан обеспечить Заказчика бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о местонахождении учреждения (месте его государственной регистрации), режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.
- 2.13. Факт оказания медицинской услуги и исполнения обязательств Исполнителя по настоящему Договору подтверждается медицинской документацией Исполнителя, в том числе записями в медицинской документации, медицинской информационной системе и иных источниках информации Клиники, а также выданными Исполнителем после окончания оказания медицинской услуги Пациенту копиями медицинских документов, выписками из них, медицинскими заключениями, консультациями, эпикризами и другими формами медицинской документации, если иное не установлено Дополнительными соглашениями к настоящему Договору. По запросу Заказчика/Пациента Исполнителем может быть предоставлена информация об объемах и стоимости медицинских услуг, оказанных Пациенту за период, не превышающий 3-х лет от даты обращения.

3. Права и обязанности Заказчика

3.1. Заказчик самостоятельно или по назначению врача, на основе действующего прайс-листа Исполнителя, определяет фактический перечень услуг, которые он желает получить в рамках настоящего Договора.

3.2. Заказчик вправе получать консультации по технологии оказания медицинских услуг.

3.3. Заказчик/Пациент вправе получить платные медицинские услуги при наличии:

- информированного добровольного согласия Пациента на медицинское вмешательство, оформленного в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации;
- добровольного желания Заказчика/Пациента получить медицинские услуги за плату, которое подтверждается подписанием настоящего Договора со стороны Заказчика/Пациента и его непосредственным обращением в Клинику;
- предъявление Заказчиком/Пациентом/Законным представителем документов, удостоверяющих личность его, а также представляемого лица со сведениями о Ф.И.О., возрасте, месте регистрации по месту жительства и (или) пребывания;
- исполнение Пациентом условий и обязанностей по настоящему Договору.

3.4. Заказчик обязан своевременно оплатить услуги Исполнителя в соответствии с разделом 4 настоящего Договора/Дополнительным соглашением.

3.5. Заказчик обязан выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление платной медицинской услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений.

3.6. Заказчик обязан бережно относиться к имуществу Исполнителя. В случае причинения ущерба Исполнителю вследствие утраты или порчи имущества, вызванного действиями (бездействиями) Пациента и/или лиц, его сопровождающих, Заказчик обязуется в течение 7 календарных дней с момента предъявления претензии возместить Исполнителю ущерб в размере действительной стоимости утраченного или испорченного имущества.

4. Стоимость услуг и порядок расчетов

4.1. Стоимость медицинских услуг определяется в соответствии с действующим Прейскурантом Клиники и указывается в счете на оплату/талоне/кассовом чеке/бланке строгой отчетности, а при оказании медицинских услуг по Программе - Дополнительным соглашением к настоящему Договору. Медицинские услуги НДС не облагаются в соответствии с п.п. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ. При оказании услуг, подлежащих налогообложению НДС, их стоимость указывается с учетом НДС.

4.2. Оплата медицинских услуг осуществляется в Клинике. В случае оказания разовых услуг - непосредственно после их предоставления, если иной порядок не будет согласован Сторонами в Дополнительном соглашении. При оказании услуг по Программам годового обслуживания - в порядке 100 % предварительной оплаты в день подписания настоящего Договора/Дополнительного соглашения, если иное не было оговорено в Дополнительном соглашении к договору. Оплата производится в рублях наличными денежными средствами или с использованием банковской карты через кассу Исполнителя. По согласованию сторон оплата медицинских услуг может осуществляться путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

4.3. Медицинские услуги полностью или частично по настоящему Договору могут быть оплачены за счет личных средств Пациента, средств иных физических и юридических лиц, в том числе страховыми организациями по программам добровольного медицинского страхования, работодателем или иным лицом. Оплата медицинских услуг в этом случае будет считаться оплатой для Пациента, и не будет считаться основанием для предоставления медицинских услуг лицу, осуществившему оплату.

5. Порядок расчетов при внесении депозита

5.1. Возможность получения медицинских услуг на условиях Депозита, перечисленных в п. 5.3-5.11 возникает у Пациента при внесении на его клиентский счет денежных средств в размере не менее установленного действующим приказом генерального директора.

- 5.2. Денежные средства должны быть перечислены в полном объеме до начала оказания услуг путем внесения авансового платежа в кассу или на расчетный счет Исполнителя, при этом датой внесения считается дата фактического поступления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.
- 5.3. Списание денежных средств с личного счета пациента производится по факту оказания услуг.
- 5.4. В случае расторжения Договора по инициативе одной из Сторон, Исполнитель осуществляет возврат с клиентского счета неиспользованных средств Заказчику по его письменному заявлению в установленный действующим законодательством срок.
- 5.5. Средства, внесенные на депозит, могут быть израсходованы для оплаты любых медицинских услуг по усмотрению Пациента/Законного представителя Пациента.
- 5.6. Пополнить депозитный счет Заказчик может в любое удобное время, при этом размер пополнения счета должен быть не менее суммы, после внесения которой на клиентском счете остаток денежных средств будет соответствовать размеру депозита, указанному в п.5.1
- 5.7. По требованию Заказчика Исполнитель предоставляет отчет о состоянии депозитного счета Пациента.
- 5.8. Средствами, внесенными на индивидуальный Депозит, может воспользоваться только Пациент на клиентском счете которого они размещены. Возможность использования средств с клиентского счета Пациента другими лицами предусмотрена при использовании семейного Депозита.
- 5.9. При получении медицинских услуг на условиях Депозита стоимость медицинских услуг рассчитывается со скидкой от действующего на дату оказания услуг прейскуранта, установленного Исполнителем. Размер скидки устанавливается действующим приказом генерального директора и зависит от размера внесенного Депозита.
- 5.10. Специальные тарифы, указанные в п. 5.10 действуют только при условии отсутствия задолженности, при своевременном пополнении средств на клиентском счете и не действуют на Комплексные программы обслуживания, чекапы, а также на детскую кардиологию, услуги логопеда, а также генетические и ряд иных лабораторных исследований.

6. Ответственность сторон

- 6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.
- 6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественных медицинских услуг, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
- 6.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неоказание или ненадлежащее оказание медицинской помощи, если докажет, что неоказание или ненадлежащее оказание произошло вследствие нарушения Пациентом условий настоящего Договора/Дополнительного соглашения, в т.ч, но не ограничиваясь: несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, назначенного режима наблюдения (лечения), в том числе неявка пациента на назначенный Исполнителем прием, непредоставление Исполнителю или предоставление несоответствующих действительности сведений и информации, необходимой для качественного оказания медицинских услуг, осуществление Пациентом на любой стадии каких-либо несогласованных с врачом действий (самолечение, использование рекомендаций третьих лиц и т.п.), сокрытие или несвоевременное предоставление врачу сведений о произошедшем ухудшении состояния здоровья.
- 6.4. В случае нарушения установленных Договором/Дополнительным соглашением сроков оплаты оказанных медицинских услуг Исполнитель вправе потребовать с Пациента уплаты неустойки в размере 0,5 % от суммы просроченного платежа за каждый день просрочки.
- 6.5. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное невыполнение обязательств, если оно явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор): стихийные бедствия, эпидемии, наводнения, землетрясения, пожары, забастовки, изменение законодательства Российской Федерации, распоряжения и акты государственных и судебных органов, иные события, не подлежащие контролю Сторон. Стороны своевременно извещают друг друга о наступлении и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

6.6. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное невыполнение обязательств при наличии и/или наступлении обстоятельств, которые на современном уровне развития медицинской науки и практики не могут быть однозначно спрогнозированы, диагностированы и предотвращены.

7. Сроки по договору и порядок расторжения договора

7.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и заключен на неопределенный срок. Изменение Договора осуществляется в порядке, установленном действующим законодательством.

7.2. Срок предоставления медицинских услуг по настоящему Договору определен в талоне/счете на оплату либо в Дополнительном соглашении к настоящему Договору.

7.3. Договор и/или Дополнительное соглашение к нему может быть расторгнут досрочно по инициативе Исполнителя в следующих случаях:

7.3.1. нарушение Заказчиком установленного Договором порядка оплаты услуг;

7.3.2. отказ Заказчика/Пациента от медицинского вмешательства;

7.3.3. выявление у Пациента заболевания, лечение которого в условиях Клиники не представляется возможным либо будет менее эффективным по сравнению с другими специализированными медицинскими организациями;

7.3.4. нарушение Пациентом Положения о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг;

7.3.5. при совершении Пациентом либо Заказчиком действий, создающих препятствие для оказания Исполнителем медицинских услуг в порядке и на условиях, определенных настоящим Договором/Дополнительным соглашением.

7.4. Договор/Дополнительное соглашение считается расторгнутым и прекращает свое действие через 24 (двадцать четыре) часа с момента письменного уведомления Заказчика/Пациента о расторжении Исполнителем Договора/Дополнительного соглашения. При невозможности вручения уведомления о расторжении Договора/Дополнительного соглашения непосредственно Заказчику/Пациенту, Исполнитель направляет его по адресу, указанному при заключении настоящего Договора или Дополнительного соглашения, или по адресу электронной почты Заказчика/Пациента.

7.5. В случае досрочного расторжения Договора/Дополнительного соглашения Исполнителем, уплаченные Заказчиком денежные средства возвращаются за вычетом стоимости уже оказанных услуг согласно действующему на момент расторжения прейскуранту и фактически понесенных Исполнителем расходов по выполнению условий и положений настоящего Договора.

7.5.1. Возврат денежных средств осуществляется на основании письменного заявления Заказчика.

7.5.2. Денежные средства возвращаются Заказчику либо надлежащим образом уполномоченному лицу.

7.6. Заказчик/Пациент вправе расторгнуть настоящий Договор и/или Дополнительное соглашение к нему в одностороннем порядке, уведомив письменно Исполнителя о расторжении Договора и/или Дополнительного соглашения к нему. При этом Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору, а также стоимость оказанных медицинских услуг. В случае досрочного расторжения Пациентом Договора/Дополнительного соглашения, порядок возврата уплаченных денежных средств осуществляется в зависимости от вида Программы и устанавливается в Дополнительном соглашении.

7.7. Расчеты, определенные п. п. 7.5 - 7.6. настоящего Договора, осуществляются не позднее 45 (сорока пяти) рабочих дней с момента поступления соответствующего заявления Заказчика.

8. Прочие условия

8.1. С момента подписания настоящего Договора все предыдущие соглашения между Сторонами, заключенные на неопределенный срок, прекращают свое действие.

8.2. Все споры между сторонами решаются путем переговоров. В случае недостижения соглашения рассмотрение спора передается сторонами в суд в соответствии с действующим законодательством.

8.3. Заказчик/пациент уведомлен о том, что с целью обеспечения безопасности пребывания посетителей в Клинике, а также с целью контроля качества и безопасности медицинской деятельности на территории Клиники может проводиться аудио, фото, видео запись и подтверждает свое согласие с ее проведением. При этом Исполнитель гарантирует, что указанные записи могут быть использованы исключительно в целях, перечисленных выше.

8.4. Стороны согласовали, что любое сообщение, требование, запрос или иной документ направляется Сторонам по контактам, указанным в п. 1.4 настоящего Договора.

8.5. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой стороны.

8.6. Перечень приложений к данному договору: Приложение 1. Информированное добровольное согласие Пациента/Законного представителя на медицинское вмешательство при выборе врача и медицинской организации для получения медицинской помощи.

8.7. До заключения настоящего Договора Заказчик ознакомлен и уведомлен:

- О том, что граждане РФ вправе получать медицинскую помощь бесплатно в организациях здравоохранения, которые предоставляют указанные услуги по программам государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в объеме и порядке, установленном действующим законодательством РФ;
- о перечне и стоимости медицинских услуг по Прейскуранту Исполнителя;
- о действующем в Клинике Положении о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг;
- о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, оказывающего медицинскую услугу), в том числе назначенного режима наблюдения (лечения), могут снизить качество предоставляемых медицинских услуг, повлечь за собой невозможность их завершения в срок и (или) отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

8.8. Заказчик доверяет представлять законные интересы пациента не достигшего возраста 15 лет следующим лицам:

Заказчик/пациент разрешает передавать информацию, составляющую врачебную тайну следующим лицам:

Внимание! В соответствии с частью 3 пункта 1 статьи 219 Налогового кодекса РФ Заказчик имеет право на получение налогового вычета из НДФЛ в размере суммы, уплаченной Заказчиком в налоговом периоде за услуги по лечению, предоставленные ему медицинскими учреждениями РФ, а также уплаченной Заказчиком за медицинские услуги, оказанные медицинскими учреждениями РФ его супругу (супруге), родителям и/или детям в возрасте до 18 лет. Таким образом, оплата Заказчиком услуг, предоставленных медицинскими учреждениями РФ иным лицам, кроме прямо предусмотренных названной статьей, лишает Заказчика права на получение налогового вычета из НДФЛ.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА СБОР, ХРАНЕНИЕ, ОБРАБОТКУ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Заказчик далее именуемый как субъект персональных данных

Настоящим соглашается с тем, что Исполнитель, далее именуемый как оператор персональных данных в целях оптимизации порядка предоставления медицинских услуг с момента подписания настоящего документа Заказчиком вправе осуществлять:

а) сбор персональных данных субъекта:

- внесение в автоматизированные системы хранения и обработки данных, используемые оператором персональных данных, используемой субъектом на законных основаниях;
 - внесение на формы медицинской документации, используемые оператором персональных данных для оказания медицинских услуг;
- б) хранение персональных данных субъекта (как на бумажных носителях, так и/или с использованием автоматической системы хранения и обработки данных),
- в) обработку персональных данных субъекта (в том числе в целях продвижения товаров, работ и услуг на рынке);
- г) использование персональных данных субъекта (в том числе в целях исключительно автоматизированной обработки персональных данных (автоматизированная обработка персональных данных осуществляется оператором персональных данных с использованием электронно-вычислительной техники, осуществляющей на основании совокупности внесенной информации принятие решений, например, об идентификации клиента и/или размере предоставляемой скидки);
- д) передачу персональных данных субъекта третьим лицам, привлечённым оператором персональных данных к оказанию медицинских услуг (при условии соблюдения режима конфиденциальности).

К персональным данным, идентифицирующим Заказчика как субъекта персональных данных, которые оператор персональных данных вправе собирать, хранить, обрабатывать, использовать и передавать третьим лицам, привлеченным к оказанию медицинских услуг, относятся:

- персональные данные о состоянии здоровья Заказчика;
- сведения, которые характеризуют физиологические особенности Заказчика, на основе которых можно установить личность Заказчика (биометрические персональные данные);
- сведения, которые характеризуют Заказчика как субъекта гражданских правоотношений (реквизиты документа, удостоверяющего личность и т.д.).

Уведомлен о том, что:

1.Субъект персональных данных вправе:

- получать в доступной форме сведения об операторе; о наличии у оператора персональных данных, идентифицирующих Заказчика как субъекта персональных данных, а также на ознакомление с такими данными в случаях, прямо предусмотренных законом;
- заявить возражения против решения оператора персональных данных, принятого оператором персональных данных на основании исключительно автоматизированной обработки персональных данных, (при этом о результатах рассмотрения возражений оператор персональных данных должен уведомить субъекта персональных данных в течение 7 рабочих дней с момента получения возражений);
- обжаловать действия или бездействия оператора персональных данных в уполномоченный орган или в судебном порядке;
- защищать свои права и законные интересы, в том числе требовать возмещения убытков и компенсации морального вреда, в суде;
- в любой момент отозвать настоящее согласие.

2.Оператор персональных данных вправе принимать решение на основании исключительно автоматизированной обработки персональных данных субъекта об идентификации субъекта в системе учёта предоставляемых оператором персональных данных медицинских услуг, в том числе в целях реализации мероприятий оператора персональных данных, направленных на поощрение потребителей услуг оператора (предоставления скидок и т.д.).

3.Оператор персональных данных должен:

- внести в персональные данные субъекта персональных данных изменения, уничтожить или заблокировать их в случае предоставления субъектом персональных данных или его законным представителем сведений, подтверждающих, что персональные данные, обрабатываемые оператором, являются неполными, устаревшими, недостоверными, незаконно полученными или не являются необходимыми для целей обработки, перечисленных в

настоящем документе, и уведомить субъекта персональных данных или его законного представителя, а также третьих лиц, которым персональные данные субъекта персональных данных были переданы, о внесенных изменениях и/или предпринятых мерах;

- в случае выявления недостоверных персональных данных или неправомерных действий с ними оператора при обращении или по запросу субъекта персональных данных или его законного представителя либо уполномоченного органа по защите прав субъектов персональных данных
- осуществить блокирование персональных данных.

СОГЛАШЕНИЕ о предоставлении сервисных услуг

Я, Тест Тест Тест, рождения № карты 13051

Согласен получать следующие сервисные услуги клиники:

№пп	Предлагаемые сервисные услуги	Подпись пациента/ представителя
1	Получение по электронной почте или в месенджере результатов лабораторных и иных исследований, а также копий медицинской документации, уведомлений о записи на прием	
2	Напоминание посредством SMS/месенджера о записи на прием к специалисту, исследование	
3	Получение уведомлений о новых возможностях, акциях и новостях клиники	

Клиника не несет ответственность за неправильно указанный номер мобильного телефона или адрес электронной почты/месенджера и соответственно за возможное использование третьими лицами доступа к Вашим личным данным.

Соглашение начинает действовать с даты подписания.

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ПАЦИЕНТ:

Общество с ограниченной ответственностью "НАШЕ ВРЕМЯ"
Юридический адрес: 119421, г. Москва пр. Ленинский д.103 корп.Э 2 пом LIV комн 5 -1
Почтовый адрес: 119421, г. Москва пр. Ленинский д.103 корп.Э 2 пом LIV комн 5 -1
Номер тел./факс: 7 495 481 40 04
ИНН/КПП 7728426566/772801001
Банк: ПАО «СБЕРБАНК»
БИК 044 525 225
р/счет 4070 2810 9380 0018 6459
кор/счет 3010 1810 4000 0000 0225

ФИО: Тест Тест Тест
Паспортные данные: , выдан , , код подразделения
Адрес регистрации:
Телефон:
E-mail:
Подпись: _____

по доверенности

Подпись: _____

М.П.

Дополнительное соглашение №1**к договору оказания платных медицинских услуг № 13051**

Общество с ограниченной ответственностью «НАШЕ ВРЕМЯ» (Свидетельство о государственной регистрации юридического лица № 1187746434017 от 24.04.2018г.), расположенный по адресу: Россия, 119421, г.Москва пр. Ленинский д.103 корп.Э 2 пом LIV комн 5 -1, в лице Генерального директора Очаковской Е.Ю., действующего на основании Устава, именуемый в дальнейшем «Исполнитель», и вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор, в дальнейшем «Договор», о нижеследующем: вместе именуемые «Стороны», заключили настоящее соглашение о нижеследующем.

1. Предмет соглашения

1.1.Заказчик поручает, а Исполнитель берет на себя обязательство по требованию Пациента или его законного представителя оказывать Пациенту медицинские услуги по вакцинации в период с 20 декабря 2022 г. по 19 декабря 2023 г. Пациент: Тест Тест Тест

1.2. Медицинские услуги по вакцинации включают: (указать какие вакцины будут применены и в какое последовательности).

2. Стоимость обслуживания и порядок оплаты

2.1. Стоимость услуг по вакцинации составляет ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,, рублей.

2.2. Оплата вносится единым платежом в форме 100% предоплаты.

3. Правила оказания услуг по программе

3.1. Услуги по вакцинации предоставляются по адресу Клиники: Москва, Ленинский проспект д. 103.

3.2. Основные условия, определяющие порядок медицинского обслуживания Пациента в клинике определены в договоре оказания платных медицинских услуг, неотъемлемой частью которого является данное Дополнительное соглашение.

3.3. Подписанием данного Дополнительного соглашения Заказчик подтверждает, что ознакомился с Правилами оказания медицинских услуг в рамках программ медицинского обслуживания ООО «НАШЕ ВРЕМЯ».

3.4. После заключения настоящего соглашения, Исполнитель, в течение ____ календарных дней производит закупку и обеспечивает надлежащее хранение вакцин под потребность Заказчика.

3.5. В случае не оказания Исполнителем услуг по вакцинации по причине не востребованности по истечению срока годности со стороны Заказчика, вакцина подлежит утилизации согласно Постановлению Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.01.2021 № 4 “Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 3.3686-21 “Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней”.

4. Порядок списания денежных средств за оказание медицинских услуг

4.1. Денежные средства, оплаченные Заказчиком за услуги по вакцинации списываются по мере оказания Исполнителем услуг, но не позже окончания срока оказания услуг, указанного в п 1.1. настоящего соглашения.

4.2. В случае не востребованности услуг по вакцинации со стороны Заказчика, денежные средства оплаченные Заказчиком по настоящему дополнительному соглашению возврату не подлежат.

6. Заключительные положения и подписи сторон

6.1. Настоящее Дополнительное соглашение составлено в двух экземплярах, по одному для Заказчика и Исполнителя, оба экземпляра имеют равную юридическую силу и являются неотъемлемой частью договора.

6.2. Окончание действия настоящего Дополнительного соглашения не влечет за собой прекращения Договора.

6.3. Подписание настоящего Дополнительного соглашения Заказчиком, осуществление им действий по выполнению условий Дополнительного соглашения, в частности его оплата, свидетельствует о полном согласии Заказчика с условиями настоящего Дополнительного соглашения, стоимостью и порядком оказания Исполнителем

услуг.

6.4. Во всем остальном, что не урегулировано настоящим Дополнительным соглашением, стороны руководствуются положениями Договора и нормами действующего законодательства РФ.

6.5. В случае выхода новых (изменений действующих) нормативных документов, регламентирующих правила оказания медицинских услуг на территории РФ, а также в случае изменения прејскуранта ООО «НАШЕ ВРЕМЯ» Исполнитель оставляет за собой право изменять Программы медицинского обслуживания в соответствии с указанными изменениями.

Подпись: _____

Подпись пациента _____

Дополнительное соглашение №2
к договору оказания платных медицинских услуг № 13051 от 20 декабря 2022 г.

г. Москва

20 декабря 2022 г.

Общество с ограниченной ответственностью «НАШЕ ВРЕМЯ» (Свидетельство о государственной регистрации юридического лица № 1187746434017 от 24.04.2018г.), расположенный по адресу: Россия, 119421, г.Москва пр. Ленинский д.103 корп.Э 2 пом LIV комн 5 -1, в лице Генерального директора Очаковской Е.Ю., действующего на основании Устава, именуемый в дальнейшем «Исполнитель», и Тест Тест Тест, паспорт: , выдан , , код подразделения , именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключающего данный договор в интересах себя, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор, в дальнейшем «Договор», о нижеследующем:, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящее соглашение о нижеследующем.

1. Предмет соглашения

1.1. Заказчик поручает, а Исполнитель берет на себя обязательство по требованию Пациента или его законного представителя оказывать Пациенту медицинские услуги согласно программе медицинского обслуживания (Приложение №1 к данному Дополнительному соглашению) в период с 20 декабря 2022 г. по 19 декабря 2023 г. Пациент: Тест Тест , медицинская карта № 13051. Адрес для обслуживания на дому:

2. Стоимость обслуживания и порядок оплаты

2.1. Стоимость услуг по Программе (Абонентская плата) составляет _____ рублей.

2.2. Оплата вносится единым платежом в форме 100% предоплаты.

3. Правила оказания услуг по программе

3.1. Услуги, оказанные пациенту до момента оплаты Программы в Программу, не включаются и оплачиваются согласно действующему на момент оказания услуг Прейскуранту.

3.2. Услуга, которая согласно Программе может быть оказана на дому, предоставляется по адресу, указанному заказчиком в настоящем Дополнительном соглашении. Адрес может быть изменен по согласованию с Клиникой единоразово или на постоянной основе.

3.3. Основные условия, определяющие порядок медицинского обслуживания Пациента в клинике определены в договоре оказания платных медицинских услуг, неотъемлемой частью которого является данное Дополнительное соглашение.

3.4. Подписанием данного Дополнительного соглашения Заказчик подтверждает, что ознакомился с Правилами оказания медицинских услуг в рамках программ медицинского обслуживания ООО «НАШЕ ВРЕМЯ».

4. Порядок списания денежных средств за оказание медицинских услуг

4.1. За предоставление обслуживания по программе Исполнителем удерживается Абонентская плата в следующем порядке: за первый месяц обслуживания – в день оплаты программы, далее 1 числа каждого месяца в период действия Программы.

4.2. Размер ежемесячной абонентской платы рассчитывается как отношение стоимости программы, указанной в п. 2.1 настоящего Дополнительного соглашения к количеству месяцев действия программы.

4.3. В случаях, если сумма фактически оказанных услуг согласно Прейскуранту за расчетный месяц в период действия Программы превышает размер списания абонентской платы, то за указанный месяц Исполнитель удерживает денежные средства в размере суммы общей стоимости услуг, оказанных за этот месяц.

4.4. Факт полного списания абонентской платы до истечения срока действия Программы не влияет на возможность и условия получения Пациентом, предусмотренных Программой в период ее действия, и учитывается только для расчетов при досрочном завершении Программы.

4.5. На денежные суммы, которые стороны выплачивают друг другу в рамках настоящего Соглашения в соответствии с пунктом 1 статьи 317 Гражданского кодекса РФ проценты по денежному обязательству не начисляются и не выплачиваются.

5. Порядок досрочного завершения обслуживания по программе

5.1. Обслуживание по Программе может быть завершено досрочно либо по соглашению сторон, либо по решению любой из сторон в одностороннем порядке.

5.2. Дополнительное соглашение может быть расторгнуто досрочно по инициативе Исполнителя в случаях, указанных в разделе 7 Договора на оказание платных медицинских услуг неотъемлемой частью которого является данное Соглашение. В данном случае Исполнитель уведомляет письменно Заказчика. Дальнейшая процедура досрочного завершения обслуживания аналогична указанной в п. 7.3-7.5 настоящего Дополнительного соглашения.

5.3. Заказчик/Пациент вправе расторгнуть настоящее Дополнительное соглашение в одностороннем порядке, уведомив письменно Исполнителя о расторжении Договора и/или Дополнительного соглашения к нему. В данном случае обслуживание по Программе прекращается со дня, указанного в уведомлении либо со дня вручения данного уведомления, если в нем не указана требуемая Заказчиком дата завершения обслуживания, либо указана более ранняя дата, чем дата вручения уведомления Исполнителю.

5.4. При досрочном завершении обслуживания Исполнитель удерживает абонентскую плату за фактический период обслуживания в размере, предусмотренном разделом 4 настоящего Дополнительного соглашения, при этом первый и/или последний месяцы обслуживания учитываются при расчете суммы остатка как полные, независимо от даты досрочного завершения обслуживания.

5.5. Возврат Заказчику остатка Абонентской платы осуществляется в течение установленного законодательством срока. При необходимости проведения внутреннего контроля качества медицинской деятельности, срок возврата может быть увеличен, но не более чем до 45 (сорока пяти) рабочих дней с момента поступления соответствующего уведомления от Заказчика.

6. Заключительные положения и подписи сторон

6.1. Настоящее Дополнительное соглашение составлено в двух экземплярах, по одному для Заказчика и Исполнителя, оба экземпляра имеют равную юридическую силу и являются неотъемлемой частью договора.

6.2. Приложение № 1 к настоящему Дополнительному соглашению (Программа медицинского обслуживания) является неотъемлемой его частью и удостоверяется подписями обеих сторон.

6.3. Окончание действия настоящего Дополнительного соглашения не влечет за собой прекращения Договора.

6.4. Подписание настоящего Дополнительного соглашения Заказчиком, осуществление им действий по выполнению условий Дополнительного соглашения, в частности его оплата, свидетельствует о полном согласии Заказчика с условиями настоящего Дополнительного соглашения, стоимостью и порядком оказания Исполнителем услуг.

6.5. Во всем остальном, что не урегулировано настоящим Дополнительным соглашением, стороны руководствуются положениями Договора и нормами действующего законодательства РФ.

6.6. В случае выхода новых (изменений действующих) нормативных документов, регламентирующих правила оказания медицинских услуг на территории РФ, а также в случае изменения прејскуранта ООО «НАШЕ ВРЕМЯ» Исполнитель оставляет за собой право изменять Программы медицинского обслуживания в соответствии с указанными изменениями.

Заказчик: ФИО Тест Тест Тест Паспорт: , код подразделения выдан , Адрес регистрации: Тел.: Электронная почта:	Общество с ограниченной ответственностью “НАШЕ ВРЕМЯ” Юридический адрес: 119421, г. Москва пр. Ленинский д.103 корп.Э 2 пом LIV комн 5 -1 Почтовый адрес: 119421, г. Москва пр. Ленинский д.103 корп.Э 2 пом LIV комн 5 -1 Номер тел./факс: 7 495 481 40 04 ИНН/КПП 7728426566/772801001 ПАО «СБЕРБАНК» БИК 044 525 225 р/счет 4070 2810 9380 0018 6459 кор/счет 3010 1810 4000 0000 0225 (по доверенности от 01.01.2023)
--	---

Подпись: _____

Подпись пациента _____ (Тест Тест Тест)



Приложение 2
к приказу Департамента
здравоохранения г. Москвы
от 17 апреля 2015 г. N 308

**Информированное добровольное согласие
на проведение кожных проб (проба Манту 2 ТЕ-ППДЛ, Диаскинтест)
для диагностики туберкулеза или отказ от них**

Я, нижеподписавшийся(аяся) Тест Тест Тест, рождения, проживающий по адресу:

настоящим подтверждаю, что
проинформирован(а) о том, что:

В соответствии с действующими нормативными правовыми актами, регламентирующими проведение санитарно-эпидемиологических (профилактических) мероприятий, направленных на предупреждение распространения туберкулеза среди населения:

- ежегодная постановка пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л, начиная с 12-месячного возраста, является обязательным и основным методом для раннего выявления туберкулеза у детей. Для пробы Манту 2 ТЕ ППД-Л применяют раствор очищенного туберкулина в стандартном разведении, который при внутрикожном введении вызывает местную иммунную реакцию;
- для повышения качества диагностики туберкулеза проводится постановка кожной пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (Диаскинтест). Диаскинтест представляет собой рекомбинантный белок, который при внутрикожном введении вызывает у лиц с туберкулезной инфекцией специфическую кожную реакцию.

Мне понятен смысл и цели проведения кожных проб для диагностики туберкулеза.

К моменту проведения проб у лица, мной представляемого, нет никаких острых жалоб на здоровье (температуры, боли, озноба, слабости и др.), кожных заболеваний, аллергических состояний.

Мне ясно и я принимаю тот факт, что после проведения проб могут наблюдаться местные реакции (покраснение, уплотнение кожи) и иногда кратковременные общие реакции (недомогание, головная боль, повышение температуры).

Я поставил(а) в известность медицинского работника о наличии реакций на предшествующие пробы у лица, мной представляемого.

Я предупрежден(а) о том, что:

- в соответствии с действующими нормативными правовыми актами, регламентирующими проведение санитарно-эпидемиологических (профилактических) мероприятий, направленных на предупреждение распространения туберкулеза среди населения, что здоровым детям все профилактические прививки можно производить непосредственно после оценки результатов пробы Манту;
- статьей 5 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" (ред. от 31.12.2014) при отсутствии профилактических прививок предусмотрен временный отказ в приеме ребенка в дошкольное, образовательное, оздоровительное учреждение в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;
- отказ от прививок, а также диагностических проб, может повлечь за собой серьезную опасность для здоровья ребенка и нарушает его право на жизнь и здоровье, провозглашенные Конституцией Российской Федерации, Конвенцией о правах ребенка (1989 г.), Оттавской Декларацией о праве ребенка на здоровье (1998 г.).

Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты. В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Добровольно соглашаюсь на проведение пробы Манту 2 ТЕ ППД-Л/Диаскинтеста (подчеркнуть нужное) и прошу персонал медицинского учреждения о ее постановке.

Добровольно отказываюсь от проведения пробы Манту 2 ТЕ ППД-Л/Диаскинтеста (подчеркнуть нужное).

Тест Тест Тест

_____ (фамилия, имя, отчество пациента)

Дата 3 октября 2023 г. _____ Подпись пациента

Расписался в моем присутствии:

(должность, Ф.И.О.)

(подпись)



Приложение
к приказу Минздравсоцразвития
России
от 26 января 2009 г. № 19н

ООО "НАШЕ ВРЕМЯ"

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК
ИЛИ ОТКАЗА ОТ НИХ**

Я, Тест Тест Тест, рождения, проживающий(ая) по адресу:

настоящим подтверждаю то, что проинформирован(а) врачом:

- а) о том, что профилактическая прививка — это введение в организм человека медицинского иммунобиологического препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням;
- б) о необходимости проведения профилактической прививки, возможных поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее;
- в) о медицинской помощи при проведении профилактических прививок, включающей обязательный медицинский осмотр несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет перед проведением прививки (а при необходимости — медицинское обследование), который входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно;
- г) о выполнении предписаний медицинских работников.

2. Я проинформирован(а) о том, что в соответствии с пунктом 2 статьи 5 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»¹ отсутствие профилактических прививок влечет:

запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок;

временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;

отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями (постановление Правительства Российской Федерации от 15 июля 1999 г. № 825 «Об утверждении перечня работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок»²).

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки

(название прививки)

возможных прививочных реакциях и поствакцинальных осложнениях, последствиях отказа от нее, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и:

добровольно соглашаюсь на проведение прививки

(название прививки)

добровольно отказываюсь от проведения прививки

(название прививки)

Я, нижеподписавшийся(аяся) Тест Тест Тест

Дата: 3 октября 2023 г.

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением профилактических прививок несовершеннолетнему, и дал ответы на все вопросы.

Врач

(фамилия, имя, отчество)

(подпись)

Дата: 3 октября 2023 г.



УТВЕРЖДЕНО
Приложением № 2
к приказу Министерства
здравоохранения
Российской Федерации
От 20 декабря 2012 г. № 1177н

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

Тест Тест Тест, рождения, проживающий по адресу:

даю добровольное информированное 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, утверждённый приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (нужное зачеркнуть) в

Общество с ограниченной ответственностью «НАШЕ ВРЕМЯ»
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

Тест Тест Тест

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

3 октября 2023 г.

(дата оформления)

ПЕРЕЧЕНЬ
ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ,
НА КОТОРЫЕ ГРАЖДАНЕ ДАЮТ ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ
СОГЛАСИЕ ПРИ ВЫБОРЕ ВРАЧА И МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

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.
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, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.



Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство
с применением телемедицинских технологий
(онлайн- консультация лечащего врача)

Пациент Тест Тест Тест, рождения

Свидетельство о рождении , выдан ,

Я проинформирован(а) в доступной форме для меня форме о целях, методах оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий (онлайн-консультация лечащего врача), связанном с ней риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о ее последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Я проинформирован(а) о том, что медицинское вмешательство проводится в режиме дистанционного взаимодействия лечащего врача с пациентом только при условии установления лечащим врачом диагноза и назначения лечения пациенту по данному обращению на очном приеме.

Я проинформирован(а), что целью медицинского вмешательства может являться коррекция лечащим врачом ранее назначенного им лечения пациенту на очном приеме, в том числе лечащий врач при необходимости может формировать рецепты на лекарственные препараты в форме электронного документа.

Я проинформирован(а), что результатом медицинского вмешательства является соответствующая запись о коррективке ранее назначенного лечения в медицинской документации пациента лечащим врачом, назначение дополнительных обследований, выдача справки (медицинского заключения) в форме электронного документа.

Я проинформирован(а), что справка (медицинское заключение) в форме электронного документа отправляется мне на электронную почту по адресу, указанному в заявке для онлайн консультации.

Я обязуюсь перед проведением онлайн-консультирования предоставить всю необходимую достоверную информацию о состоянии своего (представляемого лица) здоровья на русском языке, в том числе о перенесенных и хронических заболеваниях, травмах и хирургических вмешательствах, известных мне аллергических реакциях, непереносимости лекарственных препаратов, противопоказаниях к медицинским вмешательствам, злоупотреблением алкоголем или наркотическими веществами, а также о прохождении мной (представляемым лицом) в текущий момент любых курсов лечения, как связанных с жалобами по поводу которых проводится консультация, так и не связанных, а также медицинские и иные документы, в том числе историю болезни свою (представляемого лица) и результаты анализов, определенных врачом, в виде текста или графического изображения.

Я ознакомлен(а) с Правилами предоставления платных медицинских услуг, размещенными на официальном сайте ООО «Наше время» прайсом, правилами онлайн-консультирования, договором на оказания платных медицинских услуг.

Я уполномочиваю врача ООО «Наше время» в соответствии со ст. 20, 21, 22 и 23 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ, осуществить мне (представляемому лицу) медицинское онлайн-консультирование по получению рекомендаций, корректировке назначений по результатам исследований или по установлению вероятного диагноза и назначений по необходимому мне (представляемому лицу) лечению.

Мне известно, что услуга медицинского онлайн-консультирования представляет из себя проведение медицинской интернет-консультации с использованием визуального и аудио программного обеспечения, установленного в ООО «Наше время» и у Пользователя или электронной почты. Результатом предоставления услуги, в зависимости от выбора вида онлайн консультации пациентом, могут быть как устные рекомендации по приложению Zoom, так и письменные выводы о вероятных диагнозах и рекомендации по обследованию и лечению, отправленные на электронную почту пациента, либо заключение врача с рекомендациями в медицинской карте пациента, которое пациент может получить лично в любое удобное в ООО «Наше время».

Я проинформирован(а), что ООО «Наше время» для видео- онлайн-консультирования пользуется программным обеспечением (приложением) Zoom и не несет ответственности за несоответствие программного обеспечения, установленного у Пользователя, в случае возникновения технических проблем, а также за дефекты связи,

возникшие по техническим причинам или по вине третьих лиц.

Я понимаю необходимость и обязуюсь в случае появления нежелательных реакций в процессе лечения по назначениям, полученным в результате медицинского онлайн-консультирования, немедленно связаться со своим (представляемого лица) лечащим врачом и ООО «Наше время» для получения рекомендаций и согласования дальнейших действий.

Я уведомлен(-на) и согласен(-на) с тем, что получая услугу по медицинскому онлайн-консультированию врачами ООО «Наше время» в дальнейшем мне (представляемому лицу) желательно, а в случае получения онлайн-консультации в экстренном случае по заболеванию, я (представляемое мной лицо) обязан(-на) (о) получить очную консультацию любого врача выбранного самостоятельно, той же специальности на следующий день после получения онлайн-консультации врача ООО «Наше время» с целью подтверждения или корректировки поставленного диагноза и назначений.

Мне известно, что предоставление услуг по медицинскому онлайн-консультированию, предоставляемых ООО «Наше время» производится на возмездной основе, при этом оплата услуг производится через сайт www.nv-clinic.ru (<http://www.nv-clinic.ru>) на расчетный счет ООО «Наше время» в виде предоплаты в размере 100% стоимости услуги, в соответствии с действующим прайс-листом-листом, который размещен на официальном сайте www.nv-clinic.ru в разделе «Цены».

Я понимаю и согласен (-на) с тем, что доступ к услуге будет предоставлен мне только после поступления денежных средств на счет ООО «Наше время»

Я осознаю, что ООО «Наше время» полностью освобождается от ответственности за неисполнение, ненадлежащее исполнение медицинских услуг по медицинскому онлайн-консультированию, если докажет что это произошло вследствие непреодолимых обстоятельств, если назначенное лечение было адекватно предоставленной мной информации о моем (представляемого лица) состоянии здоровья и вероятному диагнозу на момент онлайн-консультирования, при нарушении или неисполнении хотя бы одной из рекомендаций врача ООО «Наше время», выданных мне в результате онлайн-консультирования.

Я понимаю, что ООО «Наше время» не будет нести ответственности за ухудшение моего (представляемого лица) самочувствия вследствие естественного течения заболевания и (или) изменений здоровья, связанных с моим (представляемого лица) возрастом или генетическими особенностями.

Я понимаю, что онлайн-консультация не заменяет очной консультации, и я (представляемое лицо) могу (может) получить очную консультацию при непосредственном обращении в ООО «Наше время» или другое медицинское учреждение.

Я согласен(-сна) с тем, что использованная 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, ООО «Наше время» не несет ответственности за их возникновение.

Решение обратиться в ООО «Наше время» является моим собственным; оно было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли или мысли.

Я подтверждаю, что полностью понял(а) смысл и содержание данного согласия, мог(ла) задать все интересующие меня вопросы, осознаю возможные риски, которые могут быть результатом этого вида медицинского вмешательства.

(ФИО гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(подпись)

Тест Тест Тест

(ФИО гражданина или законного представителя)

(ФИО медицинского работника)

3 октября 2023 г.

(дата оформления)



Приложение № 2
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20.12.2012 № 1177н

(в ред. Приказа Минздрава России
от 10.08.2015 № 549н)

Форма

**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**

Я, Тест Тест Тест, рождения, проживающий по адресу:

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, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

ООО "НАШЕ ВРЕМЯ"

_____ (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником

_____ (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме 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. Я обязуюсь соблюдать назначенные мне дозы лекарств и мне разъяснены последствия возможной передозировки назначенных мне лекарственных препаратов. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

_____ (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

Тест Тест Тест

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. медицинского работника)

3 окт. 2023 г.



Информированное добровольное согласие на проведение анестезиологического пособия

В соответствии со статьями №№ 19 и 20 ФЗ РФ №323 от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» необходимым условием проведения оперативного вмешательства является реализация права пациента на облегчение боли доступными методами и лекарственными препаратами с дачей информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказа от этого вмешательства.

1. Общая информация

1.1 Я подтверждаю, что меня ознакомили со следующими фактами, касающимися сущности и особенностей анестезиологического пособия.

1.2 Анестезиологическое пособие во время операции или процедуры, необходимо для обезболивания.

1.3 В клинике «Наше время» применяется только местная анестезия.

1.4 Анестезиологическое пособие при обеспечении оперативных вмешательств и процедур имеет определенный риск. С увеличением возраста пациента, его массы тела, при наличии у него сопутствующих заболеваний лёгких, сердца, печени, почек, центральной и периферической нервной системы, нарушения обмена веществ, свёртывающей системы крови и др. повышаются риски проведения операции и анестезиологического пособия.

2. Анестезиологическое пособие

2.1 Я подтверждаю, что врач информировал меня о предлагаемом мне анестезиологическом пособии.

2.2 Проведение мне данной операции/процедуры планируется в условиях _____

2.3 Я утверждаю, что информировал(а) врача обо всех перенесенных заболеваниях, хирургических вмешательствах, аллергиях и обо всех других фактах, касающихся моего здоровья, о чем сообщил(а) врачу. Я тем самым не буду возлагать ответственность на лечебное учреждение и на врача за последствия, которые могут возникнуть при отсутствии данной информации.

3. Согласие пациента

3.1 Я утверждаю, что у меня была возможность обсудить мое состояние и предлагаемое мне анестезиологическое пособие с врачом. На все вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы. Мне было предоставлено достаточно времени для принятия решения. Врач предоставил мне возможность выслушать второе мнение, но я решил(а) придерживаться его позиции.

3.2 Я согласен(а) и разрешаю проведение мне запланированного пособия, описанного в пунктах 2.2., а также проведение альтернативных методов обезболивания, если анестезиолог сочтет это необходимым.

3.3 Я согласен(а) и разрешаю врачу выполнение медицинских манипуляций, необходимых для проведения запланированного мне пособия (инъекцирования подкожно-жировой клетчатки, пункции и катетеризации периферических и центральных вен и др.)

3.4 Я согласен(а) и разрешаю в случае опасного для жизни осложнения провести мне все необходимые лечебные и диагностические мероприятия и привлечь для этого тех медицинских специалистов, которых врач сочтет необходимыми.

3.5 Я информирован(а), что данное согласие я могу отозвать в любое время до начала анестезии.

3.6 Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства в предложенном объеме. О последствиях, возможных осложнениях, при выполнении анестезии и связанных с ними рисками информирован(а) врачом анестезиологом-реаниматологом.

Пациент _____ Тест Тест Тест _____ / _____
(ФИО пациента) (Подпись)

4. Несогласие

От проведения вышеуказанного анестезиологического пособия отказываюсь. О возможных последствиях и осложнениях предупрежден.

Пациент _____ Тест Тест Тест _____ / _____
(ФИО пациента) (Подпись)

Врач (фамилия и подпись) _____

Дата 3 октября 2023 г.



Информированное добровольное согласие на удаление доброкачественного новообразования методом радиоволновой хирургии:

1. Я получил(а) от своего врача всю интересующую меня информацию о предполагаемом лечении. Мой врач провел осмотр и разъяснил преимущества и особенности как этого, так и других методов лечения.
2. Я был(а) проинформирован(а) о возможном риске и возможных осложнениях, сопутствующих подобным операциям, методам анестезии, приему лекарств.
3. Точная продолжительность лечения не может быть предсказана и может меняться.
4. Мой врач разъяснил мне, что невозможно точно предсказать способность кожи к заживлению у каждого пациента.
5. Я согласен(а) на проведение метода анестезии, выбранного моим врачом.
6. Я согласен(а) на любое дополнительное обследование, необходимое для полноценного лечения (дерматоскопия, фотодерматоскопия, консультация врача онколога, биопсия с последующим гистологическим исследованием).
7. Я согласен(а) регулярно посещать моего врача для осмотра и профилактических процедур.
8. Я одобряю рекомендуемое лечение. Я полностью осознал(а), что во время операции или лечения ситуация может измениться, что потребует от врача дополнительных действий, направленных на достижение оптимального результата и даю свое согласие на это.
9. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) подробные и понятные мне ответы.
10. Я утверждаю, что информировал(а) врача обо всех перенесенных заболеваниях, хирургических вмешательствах, аллергиях и обо всех других фактах, касающихся моего здоровья, о чем сообщил(а) врачу. Я тем самым не буду возлагать ответственность на лечебное учреждение и на врача за последствия, которые могут возникнуть при отсутствии данной информации.
11. У меня не осталось невыясненных вопросов к врачу, и я добровольно соглашаюсь на предложенное мне лечение.

Подпись пациента или законного представителя

Тест Тест Тест

Фамилия (полностью), И.О.

Подпись лечащего врача

Фамилия (полностью), И.О.

3 октября 2023 г.

Информированный отказ от госпитализации

Я, Тест Тест Тест

Дата рождения

Паспорт: , выдан , , код подразделения

Настоящим подтверждаю добровольный отказ от госпитализации, меня (представляемого) в (название ФЦ)

По причине

Прошу исключить из листа ожидания _____

Прошу перенести дату госпитализации на _____

Я осведомлен (а) о своем заболевании (заболевании представляемого).

Медицинским работником в доступной для меня форме разъяснены возможные последствия отказа от госпитализации, в т.ч. вероятность развития осложнений моего заболевания (состояния) (заболевания представляемого), вплоть до летального исхода.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно, пользуясь своим правом, предусмотренным ст.19, ст.20 ФЗ от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», отказываюсь от госпитализации.

Подпись гражданина (или законного представителя) _____ / Тест Тест Тест

Подпись врача (фельдшера): _____ / _____

3 октября 2023 г.