

УВЕДОМЛЕНИЕ

В соответствии с п.15 Постановления Правительства РФ №1006 от 04.10.2012г Общество с ограниченной ответственностью "Кия" до заключения договора об оказании платных медицинских услуг настоящим уведомляет 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 пациента.

Представитель _____/

Договор № на оказание платных медицинских услуг

г. Челябинск

« » 202

Общество с ограниченной ответственностью "Кия", в Директора Беркович Любови Станиславовны, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Клиника», с одной стороны, и _____, являющийся законным представителем Пациента, проживающий по адресу _____

Свидетельство _____ о _____ рождении _____ Пациента _____ выдан _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА. ПЕРЕЧЕНЬ И СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ УСЛУГ

1.1. Клиника обязуется оказать Пациенту на возмездной основе медицинские услуги, а Пациент обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставляемых медицинских услуг.

1.2. Перечень, стоимость и сроки медицинских услуг, оказываемых Пациенту в соответствии с настоящим Договором, определяется в Приложении № 1 (Дополнительное соглашение), которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.3. По медицинским показаниям с согласия Пациента ему могут быть оказаны и иные услуги (в рамках имеющейся у Клиники лицензии), перечень и стоимость которых согласовывается в дополнительном соглашении к настоящему договору.

2. УСЛОВИЯ, ПОРЯДОК И СРОКИ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

2.1. Клиника оказывает услуги по настоящему Договору в помещении по адресу: г. Челябинск, проспект Победы, 290 Б, в соответствии с режимом работы Клиники и графиком работы медицинских работников Клиники.

2.2. Предоставление услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Пациента на прием по телефону регистратуры +73512144222 или посредством сети Интернет через сайт Клиники.

2.3. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору производится Пациентом путём внесения аванса в размере 100%, не позднее дня оказания услуги всеми способами, не запрещенными законодательством РФ.

2.4. Пациент заверяет, что при заключении настоящего Договора:

2.4.1. Клиника ознакомила Пациента с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

2.4.2. Клиника в доступной форме проинформировала Пациента 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;

2.4.3. Клиника ознакомила Пациента со своими локальными актами, в том числе регламентирующими порядок предоставления платных медицинских услуг: Правилами предоставления платных медицинских услуг, Прейскурантом цен на платные медицинские услуги, Положением об обработке персональных данных, Положением о порядке внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности и иными;

2.4.4. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Пациента приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет его средств;

2.4.5. Оказание медицинских услуг по договору не в объеме стандарта осуществляется по просьбе Пациента в соответствии с п.10 Постановления Правительства РФ №1006 от 04.10.2012;

2.4.6. Подписанием данного договора Пациент подтверждает свое согласие на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение) своих персональных данных в том числе посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки и отчетные формы в соответствии с 152-ФЗ от 27.07.2006 года «О персональных данных».

2.5. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Пациента, если такое согласие требуется в соответствии с действующим законодательством.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Клиника обязуется:

3.1.1. Своевременно и качественно оказывать услуги в соответствии с условиями настоящего Договора по действующим на момент заключения договора или дополнительного соглашения ценам (тарифам) после предоплаты медицинских услуг.

3.1.2. При предоставлении медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.

3.1.3. Предоставить Пациенту в установленном порядке в доступной форме установленную законодательством информацию о Клинике и предоставляемых медицинских услугах.

3.1.4. Соблюдать 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан», иные нормативные акты и локальные акты Клиники, связанные с осуществлением медицинской деятельности и предоставлением платных медицинских услуг.

3.2. Клиника вправе:

3.2.1. Требовать от Пациента предоставления полной и достоверной информации, необходимой для качественного оказания ему медицинских услуг;

3.2.2. Отказать Пациенту в предоставлении медицинских услуг в случаях, невозможности их оказания, а также в случаях, предусмотренных действующим законодательством.

3.2.3. Осуществлять обработку персональных данных Пациента в порядке и пределах установленных законодательством РФ.

3.3. Пациент обязан:

3.3.1. Заблаговременно информировать Клинику о необходимости отмены или изменении назначенного ему времени получения медицинской услуги. В случае опоздания Пациента более чем 20 (двадцать) минут по отношению к назначенному Пациенту времени получения услуги Клиника оставляет за собой право на перенос или отмену срока получения услуги.

3.3.2. Добросовестно и полно предоставить Клинике сведения (в особо сложных случаях подтвержденные медицинскими документами) о перенесенных ранее заболеваниях, принимаемых медицинских препаратах, непереносимости или аллергических реакциях (в том числе на лекарственные средства), и вредных привычках (курение, употребление алкоголя и наркотических веществ), о перенесенных ранее хронических заболеваниях, оперативных вмешательствах и травмах, принимаемых лекарственных препаратах, ухудшении состояния здоровья в период, предшествующий медицинскому вмешательству, а также о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению условий договора или влияющих на качество оказываемых услуг, путем предоставления медицинских документов, заполнения предложенной Клиникой анкеты пациента и при устном опросе специалистами Клиники.

3.3.3. Соблюдать в полном объеме правила и условия получения медицинской услуги, установленные Исполнителем, неукоснительно соблюдать рекомендации и режим лечения, установленные врачами Клиники, исполнять обязанности граждан в сфере охраны здоровья, установленные 323-ФЗ от 21.11.2011.

3.3.4. Своевременно оплатить стоимость услуг, предусмотренных настоящим договором и дополнительными соглашениями к нему.

3.4. Пациент вправе:

3.4.1. В доступной для него форме получать информацию о состоянии его здоровья, о медицинских услугах по настоящему договору.

3.4.2. Требовать сохранения конфиденциальности информации, содержащей врачебную тайну, в порядке, установленном ст.13 323-ФЗ от 21.11.2011.

3.4.3. Отказаться от медицинского вмешательства в письменной форме в порядке, предусмотренном Клиникой в соответствии с действующим законодательством. При этом Клиника не несет ответственности за возможные негативные последствия отказа Пациента от медицинского вмешательства.

4. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

4.1. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору производится Пациентом путём внесения аванса в размере 100%, не позднее дня оказания услуги всеми способами, не запрещенными законодательством РФ.

5. СВЕДЕНИЯ О КЛИНИКЕ

5.1. ОГРН 1067448056158 от 23.11.2006, Свидетельство о государственной регистрации юридического лица от _____ г. номер _____, выданное _____.

5.2. Клиника осуществляет медицинскую деятельность на основании Лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-74-01-005688 от 16.11.2020.

5.3. Перечень работ, составляющих медицинскую деятельность Клиники в соответствии с лицензией:

5.3.1 При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

5.3.2. При оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинскому массажу, сестринскому делу, физиотерапии, функциональной диагностике;

5.3.3. При оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, терапии;

5.3.4. При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), кардиологии, мануальной терапии, неврологии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, психотерапии, рефлексотерапии, ультразвуковой диагностике, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ

6.1. За ненадлежащее исполнение настоящего договора Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.

6.2. Договор может быть изменен или расторгнут по соглашению сторон, путем подписания соглашения.

6.3. Изменение договора в одностороннем порядке не допускается.

6.4. Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе любой из сторон с обязательным предварительным уведомлением друг друга не менее чем за 10 рабочих дней.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до исполнения всех обязательств, взятых на себя сторонами.

7.2. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

7.3. Стороны пришли к соглашению об использовании факсимильной подписи лица, уполномоченного подписывать дополнительные соглашения, приложения к настоящему Договору со стороны Исполнителя. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной и факсимильной подписи.

7.4. Листки нетрудоспособности Клиникой не выдаются.

8. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Представитель

Адрес:

Телефон:

Подпись _____/

Экземпляр договора на руки получил _____

Клиника

Общество с ограниченной ответственностью "Кия"

ИНН 7448083517, КПП 744801001

р/счет: 40702810990810000826 в ПАО "Челябинвестбанк",

к/счет: 30101810400000000779, БИК 0475011779

Телефон: +73512144222, +79525049643

Директор ООО "Кия" _____/Директор Беркович Любовь
Станиславовна/

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных.

Я, нижеподписавшийся, являющийся законным представителем проживающий по адресу, Свидетельство о рождении Пациента _____, выдан _____, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку Обществом с ограниченной ответственностью "Кия" (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара, пять лет – для поликлиники).

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

Настоящее согласие дано мной и действует бессрочно.

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

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

Контактный телефон(ы) Представителя

Подпись субъекта персональных данных _____/

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ЛЕЧЕНИЕ

(родителей, законного представителя) на получение медицинской помощи в клинике Общество с ограниченной ответственностью "Кия", имеющем Лицензию на осуществление медицинской деятельности № ЛО-74-01-005688 от 16.11.2020.

Я, _____, являющийся законным представителем Пациента _____, проживающий по адресу, Свидетельство о рождении Пациента _____, выдан _____, проинформирован о том, что мне необходимо выполнить медицинское вмешательство.

Я поставлен в известность, что целью медицинского вмешательства является получение благоприятного результата лечения, предотвращение неблагоприятных последствий, осложнений заболевания.

Мне разъяснены основные этапы и ход медицинского вмешательства, я понял цели медицинского вмешательства и не имею по этому поводу вопросов к медперсоналу. Согласен на проведение обследования в предложенном объеме. Я сообщил сведения о наличии у меня сопутствующих заболеваний, а также болезнях и операциях, перенесенных раньше.

Мне известно, что сам по себе факт выполнения медицинского вмешательства не приводит к выздоровлению автоматически. Понимаю, что для достижения необходимого результата, кроме медицинского вмешательства, потребуется длительное высококвалифицированное лечение. Я понимаю, что медицинское вмешательство проводится на поврежденных при травме или пораженных заболеванием тканях моего организма, способность которых к заживлению понижена. Мне известно, что 100 % гарантии хороших результатов как медицинского вмешательства, так и лечения в целом дано быть не может.

Я осознаю, что любое медицинское вмешательство связано с риском для здоровья. Понимаю, что во время медицинского вмешательства или после него могут появляться не предвиденные ранее неблагоприятные обстоятельства, а также возникнуть осложнения. При этом врачи могут быть поставлены перед необходимостью значительно изменить доведенный до моего сведения план лечения. Может потребоваться дополнительное медицинское вмешательство, могут удлиниться общие сроки лечения. При хирургическом лечении не исключены болевые ощущения во время некоторых манипуляций.

До моего сведения доведено, что планируемое медицинское вмешательство не связано с устранением непосредственной угрозы для моей жизни, поэтому потребность в нем не является абсолютной. С другой стороны, мне понятно, что длительное откладывание или отказ от медицинского вмешательства приведут к стойким и, возможно, неустраняемым нарушениям структуры и функции поврежденных органов (тканей, конечностей, отделов), что в итоге неблагоприятно повлияет на мое здоровье и ухудшит качество моей жизни.

Потому, сознавая все вышеизложенное, я обращаюсь к персоналу отделения с просьбой о проведении медицинского вмешательства и обязуюсь в послеоперационном периоде выполнять все рекомендации врачей.

Представитель _____/

Опросный лист на сбор эпидемиологического анамнеза

№ п/п

Вопросы для пациента

Да/Нет

Если «Да», то указать: страну; с кем был контакт (член семьи, коллега по работе и т. п.)

- 1 Посещение пациентов в последние 14 дней стран и регионов, где выявляют случаи заражения COVID-19
- 2 Наличие контактов за последние 14 дней с лицами, находящимися на карантине в связи с прибытием из стран и регионов, где выявляют случаи заражения COVID-19
- 3 Наличие контактов за последние 14 дней с лицами, находящимися под медицинским наблюдением в связи с подозрением на COVID-19
- 4 Наличие контактов за последние 14 дней с лицами, у которых лабораторно подтвержден COVID-19
- 5 Наличие контактов за последние 14 дней с лицами, у которых имелись клинические проявления ОРВИ (кашель, чихание, боль в горле, заложенность носа, озноб, повышение температуры тела)

Дата « » 202

Подпись _____

АНКЕТА О ЗДОРОВЬЕ

Врачу необходима информация о состоянии Вашего здоровья в целях обеспечения успешного и безопасного решения Ваших проблем. Внимательно заполните предлагаемую анкету. Мы гарантируем, что сведения, указанные Вами в анкете, будут использованы только в целях лечения и профилактики и не будут доступны посторонним лицам.

Фамилия, имя, отчество: Пашнин Егор Андреевич

Дата рождения: «5» декабря 2011

Неполная или неправильная информация может повредить Вашему здоровью!

Вопрос Да/Нет

Имеются ли в настоящее время или были заболевания/состояния

Сердечно-сосудистые заболевания (инфаркт миокарда, стенокардия, порок сердца, сердечная недостаточность, аритмия, инсульт или другие)

Заболевания органов дыхания (бронхиальная астма, хронический бронхит, туберкулез и другие)

Заболевания желудочно-кишечного тракта (гастрит, язвенная болезнь желудка/12-перстной кишки и другие)

Заболевания печени и желчного пузыря (инфекционный гепатит и другие)

Заболевания нервной системы (эпилепсия, параличи, судороги, потери сознания и другие)

Эндокринные заболевания (сахарный диабет, тиреотоксикоз, гипотиреоз и другие)

Заболевания крови (повышенная/пониженная свертываемость крови и другие)

Заболевания ЛОР органов

Заболевания костной системы, суставов (остеопороз, артриты и другие)

Ревматизм

Заболевания почек

Заболевания кожи

Онкологические заболевания

Проводилась лучевая терапия, химиотерапия за последние 10 лет

ВИЧ-инфекция, СПИД

Были у Вас травмы головы или шеи

Подвергались ли хирургическим операциям

Проводилось ли переливание крови

Наблюдается ли у Вас склонность к кровотечениям, в т.ч. при удалении зубов

Были ли у Вас аллергические реакции в виде головокружения или потери сознания, удушья, крапивницы, отека Квинке, зуда и покраснения кожи (нужное подчеркнуть)