

УВЕДОМЛЕНИЕ

Подписью под настоящим уведомлением, далее

Пациент (Потребитель, либо представитель Заказчика по закону или доверенности):

(Ф.И.О.)

подтверждает, что ООО ПКФ «ВИД», далее Исполнитель, выполнило обязательство по уведомлению о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (работника Исполнителя), предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима ухода, могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность завершения её в срок или отрицательно сказаться на результате оказания услуги и/или состоянии здоровья Пациента.

()
Подпись Расшифровка подписи
за несовершеннолетнего, не достигшего 18 лет

()
Подпись Расшифровка подписи

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ ПРОИЗВОДСТВЕННО-КОММЕРЧЕСКАЯ ФИРМА «ВИД»

ДОГОВОР об оказании платных медицинских услуг

г. Ростов-на-Дону

Общество с ограниченной ответственностью производственно-коммерческая фирма «ВИД» (ООО ПКФ «ВИД»), в лице директора ООО ПКФ «ВИД» Чикуновой Ирины Альбертовны, действующей на основании Устава (Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ, серия 61 № 002513136 регистрационный № 1026103056979, выдано Инспекцией МНС России по Железнодорожному району г. Ростова—на-Дону 19 декабря 2002 года), именуемое в дальнейшем Исполнитель с одной стороны, и

Пациент (Потребитель, либо представитель Заказчика по закону или доверенности):

(Ф.И.О.)

паспорт выдан
(паспортные данные)

(адрес места жительства, контактный телефон)

с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.

- 1.1 По настоящему договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия Пациента (законного представителя Пациента), обязуется оказать ему медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья, а пациент обязуется оплатить данные медицинские услуги.
- 1.2 При оказании платных медицинских услуг Исполнитель применяет порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, клинические рекомендации, информация о которых по требованию Пациента предоставляется ему в доступной форме.
- 1.3 Платные медицинские услуги могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе Пациента в виде отдельных консультаций или медицинских вмешательств в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.
- 1.4 Исполнитель оказывает услуги по адресу: 344058, Ростов-на-Дону, ул. Волгодонская, д. 1/177 (КПП 616245002).
- 1.5 Платные медицинские услуги, предоставляемые по настоящему договору, оказываются на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-61-01-005842 от 22.05.2017, выданной Министерством здравоохранения РО (г. Ростов-на-Дону, ул. 1-й Конной армии, 33. тел.: 242-41-09):

при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:- сестринскому делу в косметологии;при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:-дерматовенерологии, косметологии.

- 1.6 В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- 1.7 Заключая настоящий Договор, Пациент проинформирован о том, что Пациент, являясь гражданином РФ, имеет право на бесплатную медицинскую помощь, согласно ч.1 ст.41 Конституции РФ и может реализовать это право через программу государственных гарантий и территориальную программу государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.
- 1.8 Медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Пациента данного в порядке, установленном законодательством РФ.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

2.1 Исполнитель обязуется:

- 2.1.1 Предоставить Пациенту 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 в Ростовской области на 2019 год и на плановый период 2010 и 2021 годов.
- 2.1.2 Провести в оговоренное с Пациентом время консультацию и осмотр Пациента для формирования индивидуальной, соответствующей его пожеланиям и медицинским показаниям, программы косметологических и дерматологических процедур, предусматривающих выполнение конкретных объемов и видов услуг, а также их стоимости. Данная программа оформляется в форме «Плана лечения», являющегося частью настоящего Договора.
- 2.1.3 Оказать Пациенту платные медицинские услуги в соответствии с «Планом лечения», качество которых должно соответствовать требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида; обеспечить соответствие оказываемой медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи, утвержденным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.
- 2.1.4 Предоставить Пациенту в доступной для него форме информацию: о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования; диагнозе; методах лечения; об особенностях и условиях выполнения процедур, их количестве; об используемых при предоставлении медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности, показаниях(противопоказаниях) к применению; о предполагаемой индивидуальной, соответствующей его пожеланиям и медицинским показаниям стоимости каждого вида процедур; сроках лечения и длительности реабилитационного периода; о возможных ожидаемых побочных эффектах. Данная информация отражается в форме «Информированное согласие на проведение медицинского вмешательства».
- 2.1.5 При изменении плана лечения и/ или рекомендованных косметологических процедур и их стоимости проинформировать Пациента и предоставить дополнительные услуги с его согласия или расторгнуть Договор по инициативе Пациента при его несогласии с рекомендациями врача, несоблюдение которых может повлечь негативные последствия для здоровья, уведомив Пациента о последствиях.
- 2.1.6 Вести всю необходимую медицинскую документацию в установленном действующим законодательством порядке.
- 2.1.7 Немедленно извещать Пациента о невозможности оказания медицинской услуги по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению объема оказываемых медицинских услуг, что оформляется Дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.
- 2.1.8 Хранить в тайне информацию и не передавать третьим лицам за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ, о факте обращения Пациента за оказанием медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе заболевания, лечении и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).
- 2.1.9 По факту оказания услуг предоставить Пациенту на подписание Акт приема-сдачи оказанных Исполнителем услуг.

2.2 Исполнитель имеет право:

- 2.2.1 На получение полной и достоверной информации о состоянии здоровья Пациента и обстоятельствах, прямым или косвенным образом влияющих на состояние здоровья и результат лечения. Исполнитель не несет ответственности за осложнения или неэффективность лечения, возникшие в результате неисполнения Пациентом назначений, рекомендаций медицинских сотрудников Исполнителя

- 2.2.2 Самостоятельно определять характер и объем услуг, необходимых манипуляций в рамках Плана лечения. Изменять по медицинским показаниям и экономическим причинам предварительный план лечения, вид, объем сроки и стоимость платных медицинских услуг.
- 2.2.3 Назначать другого врача и/или другого косметолога в случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для оказания услуги (процедуры).
- 2.2.4 Направлять Пациента с его согласия в другие медицинские организации или привлекать для консультации и лечения специалистов из них для проведения дополнительных медицинских услуг, которые осуществляются за отдельную плату.
- 2.2.5 Производить видеосъемку в помещениях в целях обеспечения контроля качества оказания медицинской помощи и безопасности.

2.3 Пациент обязуется:

- 2.3.1 Предоставить Исполнителю достоверную информацию о перенесенных или имеющихся заболеваниях, которые могут в дальнейшем повлиять на ход оказания услуг, а также медицинский анамнез и при необходимости результаты медицинских обследований.
- 2.3.2 Письменно подтвердить, что ознакомлен с информацией, касающейся особенностей предоставления медицинских услуг и условий их предоставления, включая информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, стоимости лечения; информированное согласие на медицинское вмешательство; План лечения, Расчетный лист и факт приема-сдачи оказанных услуг (Акт оказанных услуг).
- 2.3.3 Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации Исполнителя, относящиеся к процессу лечения.
- 2.3.4 Оплатить стоимость предоставленных Исполнителем медицинских услуг, в сроки и в порядке, которые определены настоящим Договором по Прейскуранту, с которым Пациент ознакомлен перед заключением настоящего Договора. При необходимости коррекции ранее назначенной врачом программы лечения, дополнительные услуги оказываются Исполнителем за отдельную плату.
- 2.3.5 Являться на процедуры в установленное время, заранее согласованное с лечащим врачом.
- 2.3.6 Заблаговременно (не менее, чем за 24 часа) уведомить Исполнителя лично либо по телефону о необходимости отмены или изменения назначенного ему времени получения медицинской услуги. В случае опоздания Пациента более чем на 20 (двадцать) минут по отношению к назначенному ему времени получения услуги, Исполнитель оставляет за собой право на перенос или отмену срока получения услуги.
- 2.3.7 Незамедлительно сообщать Исполнителю обо всех осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе оказания услуги.

2.4 Пациент имеет право:

- 2.4.1 Получать информацию об Исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах.
- 2.4.2 Получать информацию о состоянии своего здоровья, о плане лечения, о результатах оказания медицинских услуг, о действии лекарственных препаратов и их побочных проявлениях.
- 2.4.3 Отказаться от исполнения настоящего Договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.
- 2.4.4 Расторгнуть Договор посредством предоставления письменного отказа от лечения, при условии полной оплаты выполненных по Договору платных медицинских услуг и всех понесенных Исполнителем затрат по Договору.
- 2.4.5 Пациент дает свободно, своей волей и в своем интересе согласие на обработку персональных данных, необходимых для исполнения настоящего Договора, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов, а также на оповещение о предстоящих визитах и дальнейшее предоставление ему информации об акциях и новинках путем СМС-, интернет-рассылки и телефонных звонков.

()
Подпись Расшифровка подписи
за несовершеннолетнего, не достигшего 18 лет

()
Подпись Расшифровка подписи

3. СТОИМОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ.

- 3.1 Стоимость услуг, оказываемых по настоящему Договору, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом платных медицинских услуг, утвержденным Исполнителем.
- 3.2 Оплата Пациентом медицинских услуг производится в виде 100% предоплаты в рублях наличным расчетом в кассу или безналичным платежом на счет Исполнителя. НДС не облагается на основании п.2 ст.149 НК РФ. Пациенту в соответствии с законодательством РФ выдается документ (кассовый чек), подтверждающий произведенную оплату медицинских услуг.
- 3.3 В случае, если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Пациенту услуг, предусмотренный настоящим Договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего Договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают Соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора, при этом с Пациента удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Пациентом по настоящему Договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.
- 3.4 В случае невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору, возникшей по вине Пациента, в том числе при нарушении им медицинских предписаний, оплата медицинских услуг осуществляется в полном объеме.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.

- 4.1 За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.
- 4.2 Исполнитель не несет ответственности перед Пациентом за оказание медицинской помощи и качество выполняемых услуг в случаях:
 - невыполнения Пациентом всех медицинских рекомендаций и ограничений, с учетом всех показаний и противопоказаний к конкретным видам процедур, принимая во внимание биологический возраст, индивидуальные психофизиологические особенности Пациента, возникновения осложнений по вине Пациента, невыполнения назначений Исполнителя несвоевременное сообщение о возникших отклонениях в течение реабилитационного периода, несвоевременных посещений и невыполнение программы косметологического лечения;
 - возникновения аллергии или непереносимости препаратов и материалов;
 - возникновения осложнений из-за ранее проведенных аналогичных услуг в другой организации;
 - возникновения осложнений, связанных с наличием заболеваний, являющихся противопоказаниями, сведения о которых не были сообщены Исполнителю;
 - прекращения лечения по инициативе Пациента;
 - невозможности выполнения работ в связи с отсутствием врачебных ресурсов.
- 4.3 Подписанием настоящего Договора Пациент подтверждает свою осведомленность о том, что при оказании медицинских (косметологических) услуг срок сохранения достигнутого ожидаемого результата лечения носит индивидуальный физиологический характер, предопределяющийся мультифакторными причинами (возраст, соматическое и психологическое состояние клиента, исходный биологический статус, индивидуальный аллергический и патофизиологический фон и т. д.), в связи с чем результат косметологического лечения носит строго индивидуальный характер.
- 4.4 Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием непреодолимой силы или других форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки, принятие компетентными органами решений и т.п.), препятствующие выполнению обязательств по настоящему договору.
- 4.5 В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Пациентом по вопросу качества оказанных услуг или осложнений, Стороны договорились проводить оценку результатов оказанных услуг на совместном заседании Пациента и Врачебной комиссии Исполнителя. Все претензии стороны оформляют в письменном виде.
- 4.6 Все разногласия между Пациентом и Исполнителем подлежат урегулированию в досудебном порядке, а в случае не достижения согласия подлежат разрешению в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

5. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

- 5.1 Договор действует в течение 1 календарного года со дня его подписания. Если Пациент по окончании указанного срока продолжает получать услуги Исполнителя и не заявляет о намерении расторгнуть Договор, он считается пролонгированным сторонами на каждый последующий календарный год
- 5.2 В случае отказа Пациента после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. Исполнитель информирует Пациента о расторжении Договора по инициативе Пациента, при этом Пациент оплачивает фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.
- 5.3 Все письменные приложения к настоящему Договору подписываются сторонами и являются его неотъемлемыми частями, имея равную с настоящим Договором юридическую силу.

- 5.4 Договор составлен в двух аутентичных экземплярах, по одному для каждой из Сторон.
5.5 Во всем, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.
5.6 Подписание Пациентом настоящего Договора свидетельствует об его ознакомлении со всем изложенным в настоящем Договоре и Приложениях к нему. Пациент подтверждает, что он добровольно согласился на оказание медицинских услуг на платной основе, ознакомился с Прейскурантом на медицинские услуги. Пациентом получен экземпляр настоящего Договора с Приложениями.

6. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН.

Пациент/Законный представитель Пациента:

Исполнитель:

ООО ПКФ "ВИД"

Юр. адрес: г. Ростов-на-Дону, ул. Волгодонская, 1/177

ИНН: 6167052536, ОГРН: 1026103056979

Тел: 8(863)218-55-25-многоканальный

проживающий/ая по адресу:

паспорт выдан
(паспортные данные)
контактный телефон:

Директор

ООО "ВИД"

И.А. Чикунова

С условиями Договора ознакомлен и согласен,
экземпляр Договора получил:

Подпись ()
Расшифровка подписи
за несовершеннолетнего, не достигшего 18 лет

М.П.

Подпись ()
Расшифровка подписи

Приложение №2 к приказу Министерства здравоохранения РФ 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

Я, _____, рождения

зарегистрированный (ая) по адресу:

даю информированное добровольное согласие на

(наименование медицинского вмешательства)

являющийся одним из видов медицинских вмешательств, включенных 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 2012г. N390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012г. N24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

ООО ПКФ "ВИД"

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные 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 медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011г., N48, ст. 6724; 2012г., N26, ст. 3442, 3446). Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N323-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)

Подпись (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина, контактный телефон)

за несовершеннолетнего, не достигшего 18 лет

Подпись ()
Расшифровка подписи

Подпись (Ф.И.О. медицинского работника)

Дата оформления

Информированное добровольное согласие на проведение использование фото-видеосъемки результатов процедур

Я, _____, рождения

находясь на лечении в ООО ПКФ «ВИД», даю согласие на проведение специалистом фото и/или видеосъемки этапов лечебного процесса и разрешаю использовать полученные фото и/или видеоматериалы в научных, образовательных целях, а также для публикации, докладов и создания фото-портфолио на сайте ООО «ВИД» <http://denta-vid.ru/> в разделе «Галерея До и После».

Подпись (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина, контактный телефон)

за несовершеннолетнего, не достигшего 18 лет

Подпись ()
Расшифровка подписи

Дата оформления