

**ДОГОВОР № 6000/\_\_\_\_\_**  
**на медицинское обслуживание с физическим лицом**

г. Москва

\_\_\_\_\_ 2015 г.

Филиал №2 ФБУЗ "Лечебно-реабилитационный центр Минэкономразвития России" " в лице заместителя главного врача Бровкина Александра Владимировича, действующего на основании доверенности от 12 сентября 2014 года (лицензия № ФС-99-01-009044 от 7 мая 2015 года выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, 109074, г. Москва, Славянская площадь, дом 4, стр. 1, тел. (495) 698-45-38) именуемого в дальнейшем «ИСПОЛНИТЕЛЬ», с одной стороны, и гр. \_\_\_\_\_, действующий от своего имени, именуемый в дальнейшем «Пациент», заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Исполнитель оказывает Пациенту по его выбору и с информированного согласия медицинские услуги в соответствии с перечнем платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором (Приложение 1).

**2. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

2.1. Исполнитель обязуется:

- 2.1.1. Оказывать медицинские услуги Заказчику в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным в Российской Федерации и по действующему Прейскуранту. Информировать Пациента в доступной ему форме о методах рекомендуемого лечения, о технологических особенностях выполняемых манипуляций и процедур, и о возможных осложнениях.
- 2.1.2. В случае необходимости оформлять листок нетрудоспособности в соответствии с требованиями Федерального закона от 29.12.2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» и приказом Минздравсоцразвития России от 29.06.2011 г. № 624н «Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности».
- 2.1.3. Организовывать медицинское обслуживание в соответствии с графиком работы поликлиники в течение рабочей недели (с понедельника по субботу) кроме праздничных дней.
- 2.1.4. Обеспечить Пациента бесплатной и доступной информацией об имеющейся лицензии, месте оказания медицинских услуг, режиме работы, перечне оказываемых платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, правах, обязанностях и ответственности сторон, сведения о квалификации и сертификации специалистов, привлекаемых к оказанию медицинских услуг.
- 2.1.5. Вести необходимую медицинскую документацию по оказываемым медицинским услугам, выдавать квитанцию за оказанные услуги и кассовый чек после оплаты услуги.
- 2.1.6. При необходимости, обеспечивать Пациенту возможность ознакомления с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, выдавая в установленном порядке по его письменному требованию или его законного представителя выписки из медицинской карты и/или копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья Пациента.
- 2.1.7. Поддерживать необходимый санитарно-гигиенический, противоэпидемический, организационно-хозяйственный режим функционирования подразделений Исполнителя, занятых обслуживанием Пациентов;
- 2.1.8. Соблюдать врачебную тайну в соответствии с требованиями ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.2. Пациент обязуется:

- 2.2.1. Своевременно осуществлять оплату медицинских услуг Исполнителя в порядке, указанном в п. 3 настоящего договора.
- 2.2.2. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений (перенесенных или имеющихся хронических, наследственных заболеваний, непереносимость отдельных препаратов и т.п.), включая документацию из других медицинских организаций о проведенном ранее обследовании и лечении. В случае несообщения пациентом Исполнителю вышеуказанной информации, ее недостоверности или неполноты ее представления ответственность за возможные последствия, связанные с оказанием медицинских услуг исполнителем, несет Пациент.
- 2.2.3. Строго соблюдать и выполнять назначенные врачом профилактические и лечебные мероприятия. За последствия невыполнения Пациентом рекомендаций врача Исполнитель ответственности не несет и имеет право отказать Пациенту в дальнейшем медицинском обслуживании.
- 2.2.4. Соблюдать установленные правила поведения в учреждениях здравоохранения, бережно относиться к имуществу Исполнителя, в том числе используемому в диагностических и лечебных целях. В случае порчи имущества - возместить Исполнителю его стоимость.
- 2.2.5. В случаях каких-либо сомнений в правильности избранной медицинским персоналом методики и тактики лечения, а также применяемых лекарственных средств, незамедлительно обращаться за разъяснениями к руководству Исполнителя (заведующему отделением, заместителю главного врача по медицинской части).

**3. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ВЗАИМОРАСЧЕТОВ**

- 3.1. Стоимость платных медицинских услуг по настоящему договору определяются на основании действующего прейскуранта (приложение 2).
- 3.2. Пациент после получения медицинских услуг оплачивает через кассу Исполнителя стоимость оказанных ему услуг в валюте Российской Федерации (рубли).
- 3.3. Пациент информирован, что медицинские услуги на бесплатной основе ему могут быть оказаны в лечебных учреждениях, работающих в системе ОМС и согласен на оказание медицинских услуг на платной основе в Филиале № 2 ФБУЗ «Лечебно-реабилитационный центр Минэкономразвития России».

**4. ПРАВА СТОРОН**

**4.1. Пациент имеет право:**

- 4.1.1. Получать полную информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения; получать заключения с указанием результатов проведенных исследований, лечебных мероприятий и необходимых рекомендаций.
- 4.1.2. На сохранение врачебной тайны и охрану персональных данных в соответствии с законодательством.
- 4.1.3. На обследование, лечение в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.
- 4.1.4. На уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского персонала Исполнителя.
- 4.1.5. На получение консультации у специалистов из других лечебных учреждений (по согласованию с Исполнителем и за свой счет).

**4.2. Исполнитель имеет право:**

- 4.2.1. Запрашивать у Пациента сведения и документы (в том числе о предыдущем лечении в других медицинских организациях), персональную информацию;
- 4.2.2. Отказать в приеме Пациента в случаях:
  - если требуемые Пациентом услуги не входят в перечень услуг оказываемых Исполнителем.
- 4.2.3. Отказать в проведении последующих лечебно-диагностических мероприятий в случае невыполнения Пациентом рекомендаций и требований лечащего врача, а также при выявлении противопоказаний к их применению.

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

- 5.1. Осложнения и другие побочные эффекты, возникшие вследствие анатомических/биологических особенностей организма, и вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить, не являются недостатками качества услуг, если услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований.
- 5.2. В случае ненадлежащего исполнения договора одной из сторон, повлекшего неблагоприятные последствия для другой стороны, ответственность Сторон наступает согласно законодательству Российской Федерации.

5.3. Сторона, считающая, что ее права по настоящему договору нарушены, вправе направить другой стороне письмо с изложением своих претензий. Сторона, получившая претензию, обязана ответить на нее в срок до 10 (десяти) дней с момента получения претензии. В случае неполучения ответа, сторона, пославшая претензию, может обратиться в суд за защитой своих законных прав и интересов в установленном законодательством порядке. В случае самолечения, лечение не по рекомендациям врача Исполнителя или обращения Пациента в другое лечебное учреждение, Исполнитель не несет ответственности за результаты такого лечения.

5.5. Исполнитель несет ответственность за состояние Пациента в соответствии с законодательством Российской Федерации. Во всем остальном, что не урегулировано условиями договора, Стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

#### **6. СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПОРЯДОК РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**

6.1. Настоящего договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

6.2. За нарушение Пациентом порядка и сроков оплаты, оказанных ему медицинских услуг, внутреннего распорядка и режима, установленного в Поликлинике, договор с ним может быть расторгнут в одностороннем порядке по инициативе Исполнителя без предварительного уведомления Пациента и отказать в последующем предоставлении медицинских услуг за исключением оказания медицинской помощи по жизненным показателям.

Расторжение договора не освобождает Пациента от оплаты фактически оказанных медицинских услуг.

#### **7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

7.1. Договор составлен в 2-х экземплярах, по одному для каждой из сторон.

7.2. В соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07. 2006 г. «О персональных данных» Пациент подписанием настоящего договора дает свое согласие на обработку своих персональных данных свободно, своей волей и в своем интересе Исполнителем во исполнение обязательств по настоящему договору.

7.3. Подписанием настоящего договора Пациент подтверждает свое ознакомление и согласие с прейскурантом на медицинские услуги, условиями и порядком их оказания, оплаты.

7.4. Обовсем, что не урегулировано настоящим договором, стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

7.5. О перемене адреса, изменения паспортных данных, Заказчик немедленно уведомляет Исполнителя.

7.6. Пациент, подписанием настоящего договора, дает согласие на рассылку по сети подвижной радиотелефонной связи СМС-сообщений от Исполнителя, связанных с оказанием медицинских услуг на телефон мобильной связи, указанный в реквизитах Заказчика.

#### **8. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

##### **ИСПОЛНИТЕЛЬ:**

Филиал №2 ФБУЗ "Лечебно-реабилитационный центр  
Минэкономразвития России"

Зарегистрирован в ЕГРЮЛ ИФНС России № 46 по г. Москве  
(Свидетельство ФНС серии 77 №17349964), ОГРН 5147746032033  
119192 г. Москва, Ломоносовский проспект, 43

УФК по г. Москве (Филиал № 2 ФБУЗ «Лечебно-реабилитационный  
центр Минэкономразвития России» л/счет 20736Щ71740)

ИНН 7751524258 / КПП 772943001 ОКТМО 45325000 ОКПО 40099735

Отделение 1 Главного управления Центрального банка Российской  
Федерации по Центральному федеральному округу г. Москва

БИК 044583001 р/счет 40501810600002000079

справочная 8-499-143-61-88 ; 8-499-783-03-03

##### **ЗАКАЗЧИК:**

ФИО

Дата рождения:

Паспортные данные:

Место регистрации(по паспорту)

Место фактического проживания Н

Телефон:

Заместитель главного врача \_\_\_\_\_ А.В.Бровкин

\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_ /

Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения, руководствуясь положениями Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных", даю согласие на их обработку свободно, своей волей и в своем интересе совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, в том числе о состоянии моего здоровья, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных; в соответствии с п. 3 ст. 27 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", уведомлен Филиалом № 2 ФБУЗ «Лечебно-реабилитационный центр Минэкономразвития России» о том, что несоблюдение мной указаний (рекомендаций) медицинского работника предоставляющего медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

\_\_\_\_\_  
ф.и.о. пациента

\_\_\_\_\_  
подпись

### 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 (Приложение N 2 к приказу Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 г. N 1177н)

Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ г. р., зарегистрированный по адресу: Москва г, Москва, Нагатинская набережная д. 54 кв. 316 даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень (Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование. Антропометрические исследования. Термометрия. Тонометрия. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы). Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические (включая исследования на ВИЧ, бледную трепонеми и гепатиты). Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование АД, суточное мониторирование ЭКГ, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных). Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно. Медицинский массаж. Лечебная физкультура) 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. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи в Филиале № 2 ФБУЗ «Лечебно-реабилитационный центр Минэкономразвития России».

Медицинским работником 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. 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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина, уполномоченного на получение медицинской информации, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
подпись

\_\_\_\_\_  
ф.и.о. пациента

\_\_\_\_\_  
подпись

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника)