

ООО «Гармония», в лице директора Елфимовой Е.К., действующего на основании Устава (утвержден Решением общего собрания учредителей №4 от 27.11.12), лицензия № ЛО-76-01-000784 от 01.03.2013, выдана Департаментом здравоохранения и фармации ЯО г. Ярославль, ул. Советская, д. 11/9, отдел лицензирования т. 40-04-70 на осуществление медицинской деятельности при осуществлении доврачебной медицинской помощи по акушерскому делу, сестринскому делу; амбулаторно-поликлинической медицинской помощи по психотерапии, экспертизе временной нетрудоспособности, эндокринологии, акушерству и гинекологии, дерматовенерологии, клинической лабораторной диагностике, косметологии (терапевтической), терапии, ультразвуковой диагностике, урологии, именуемое в дальнейшем Исполнитель, с одной стороны, и гражданин (ка) _____ именуемый(ая) в дальнейшем Пациент, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1. Исполнитель, действуя с добровольного согласия Пациента, обязуется с учетом физиологического состояния или заболевания Пациента, в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья граждан, в соответствии с Лицензией на оказание медицинских услуг, оказать Пациенту платные медицинские услуги _____.
2. Пациент обязуется оплатить услуги в полном объеме за счет своих денежных средств, а также за счет средств иных лиц, по их взаимному добровольному согласию.
3. Исполнитель приступает к оказанию услуг в день заключения настоящего договора.
4. Медицинские услуги, оказываются Пациенту непосредственно по адресу местонахождения Исполнителя: г. Ярославль, пр. Ленина, д.18/50.

2. Права и обязанности сторон

1. Пациент имеет право на: выбор лечащего врача из штата Исполнителя; на замену лечащего врача как по собственной инициативе, так и по усмотрению Исполнителя; выбор времени приема в соответствии с графиком работы Исполнителя и с учетом занятости времени медицинского персонала другими пациентами; информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от него; получение информации о состоянии своего здоровья.
2. Пациент обязан: до оказания медицинской услуги предоставить лечащему врачу достоверную, полную и исчерпывающую информацию о состоянии здоровья, перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, хронических и сопутствующих заболеваниях, в том числе не связанных с профилем заболевания, в связи с которым предоставляется медицинская услуга; точно выполнять назначения врача. Пациент обязан немедленно сообщать врачу о всех осложнениях и побочных реакциях в ходе лечения; уважительно относиться к сотрудникам и соблюдать правила внутреннего распорядка Исполнителя; не предпринимать действий, способных нарушить права других пациентов и третьих лиц; своевременно предупреждать Исполнителя о невозможности явки на прием; оплачивать услуги в полном объеме; при необходимости проведения дополнительных диагностических исследований обязуется пройти их и оплатить услуги; полностью возместить Исполнителю убытки, если Исполнитель не смог оказать услугу или вынужден прекратить ее оказание по вине Пациента.
3. Исполнитель имеет право: самостоятельно определять способ оказания услуги в зависимости от заболевания Пациента и в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи, рекомендованными в РФ; в случае непредвиденного отсутствия лечащего врача заменить его другим или перенести прием на другое время; отменить назначенный прием в случае опоздания Пациента более чем на 15 минут.
4. Исполнитель имеет право отказать в заключении договора, а при наличии заключенного договора отказать в приеме и обслуживании Пациента в случаях:
-если Пациент не дает информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказывается заключить настоящий договор;
-если Пациент находится в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, а также, если Пациент не адекватен и не идет на конструктивный диалог с медицинским персоналом;
-совершении Пациентом действий, оскорбляющих либо угрожающих жизни и здоровью персонала, других пациентов и третьих лиц;
-задолженности Пациента за ранее проведенное лечение;
-при отсутствии по уважительной причине лечащего врача, принятии Исполнителем решения о замене лечащего врача и отказе Пациента на замену врача;
-несоблюдении Пациентом рекомендаций лечащего врача по обследованию, невыполнении или выполнении не в полном объеме назначенных лечебных мероприятий и лекарственной терапии, иных рекомендаций и назначений; отсутствии терапевтического комплаенса.
5. Исполнитель обязан: оказывать Пациенту квалифицированную, качественную медицинскую услугу в установленный договором срок (качество услуги по настоящему Договору определяется как соответствие медицинской услуги целям, для которых медицинская услуга подобного рода обычно используется); информировать Пациента о действующем прейскуранте, перечне услуг в соответствии с лицензией, квалификации специалистов, графике работы Исполнителя путем размещения соответствующей информации в информационной папке, на информационном стенде и на сайте в сети интернет; консультировать Пациента по всем вопросам, возникающим в ходе выполнения сторонами обязательств по настоящему договору.
6. Медицинская услуга может быть оказана Исполнителем лично или поручена специализированным лицензированным организациям по выбору Исполнителя, без дополнительного согласования с Пациентом, при отсутствии у Исполнителя возможности оказания необходимой услуги.
7. В случае, если Пациент является застрахованным в рамках договора ДМС, медицинские услуги оказываются только в рамках Программы ДМС. План обследования и лечения согласовывается со страховой компанией.

3. Стоимость услуг и порядок расчетов.

1. Стоимость услуг определяется действующим на момент оказания услуги прейскурантом и составляет _____.
2. Оплата медицинской услуги производится до оказания услуги (предоплата) наличными в кассу или с использованием банковской карты. По согласованию сторон возможна оплата безналичным путем на расчетный счет Исполнителя.
3. В случае оказания Исполнителем услуг в рамках заключенного договора ДМС, оплату производит страховая компания, в соответствии с условиями договора ДМС и Программой. При возникновении объективной необходимости или желании Пациента получить медицинские услуги, не входящие в Программу, Пациент оплачивает их самостоятельно.

4. Ответственность сторон

1. Каждая из сторон несет ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.
2. Все споры по настоящему договору разрешаются путем переговоров, на основании письменного заявления Пациента на имя директора. Полученное заявление рассматривается администрацией и/или врачебной комиссией Исполнителя. При недостижении согласия между сторонами, спор решается в судебном порядке в соответствии с законодательством РФ.
3. При оказании услуги третьими лицами в соответствии с п. 6 настоящего договора претензии к качеству услуги предъявляются Исполнителю для направления в адрес организации, оказавшей услугу. Устранение недостатков услуги и возмещение ущерба, возникшего в результате некачественно оказанной услуги, возлагается на организацию, оказавшую услугу.
4. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение, либо ненадлежащее исполнение своих обязательств, если при той степени заботливости и осмотрительности, какая от него требовалась по характеру выполняемых действий и он принял все меры для надлежащего исполнения обязательств, однако ожидаемый результат не был достигнут, в силу того, что, несмотря на правильные действия, современный уровень здравоохранения не гарантирует стопроцентного результата.
5. Пациент должен знать и осознавать вероятность (но не обязательность) вредных (побочных) эффектов медицинского вмешательства и осложнений, что может причинить вред здоровью Пациента, увеличению объема и изменению качества медицинской услуги. В связи с тем, что побочные эффекты, осложнения, изменения объемов и качества возникают вследствие биологических особенностей организма, и используемая технология оказания медицинской помощи не может полностью исключить их вероятность, Исполнитель не несет ответственности за наступление осложнений, если медицинская услуга оказана с соблюдением необходимых требований (денежные средства, оплаченные за услугу, не возвращаются).
6. Исполнитель не несет ответственности за возникновение побочных эффектов или неэффективность лекарственных назначений и процедур при непредоставлении или предоставлении неполной информации о состоянии здоровья, перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, хронических и сопутствующих заболеваниях, в том числе не связанных с профилем заболевания, в связи с которым предоставляется медицинская услуга.
7. Стороны освобождаются от ответственности при возникновении «форс-мажорных» обстоятельств, предусмотренных действующим законодательством РФ.

5. Срок действия договора и порядок расторжения

1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и действует до исполнения сторонами всех обязательств по настоящему договору.
2. Настоящий договор может быть досрочно расторгнут по соглашению сторон. Изменение и расторжение договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.
3. В случае отказа Пациента от получения услуг Договор расторгается. При этом Пациент оплачивает все фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.
4. Исполнитель вправе расторгнуть договор в одностороннем порядке по обстоятельствам, указанным в п. 4 раздела 2 настоящего договора.

6. Общие положения

1. Условия настоящего договора могут быть изменены по взаимному соглашению сторон, оформленному в письменном виде.
2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу. Экземпляр Пациента выдан ему на руки.
3. Вопросы, неурегулированные условиями настоящего договора, подлежат разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

7. Реквизиты сторон:

«Исполнитель»	«Пациент»
ООО «Гармония»	
150040, г. Ярославль, пр. Ленина, д. 18/50	ФИО _____
ОГРН 1077604019261Бланк 76 №002301491 выдан	
Межрайонной инспекцией ФНС № 5 по ЯО 18.06.2007г.	Адрес: _____
ИНН/КПП 7604110136/760601001	
Директор _____ Елфимова Е.К.	Телефон: _____ Подпись: _____

Информированное добровольное согласие

Я _____, « ____ » _____ г.р.

получил (получила) от сотрудников ООО «Гармония» следующую информацию в доступной и понятной форме: о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания или физиологического состояния; о проводимых мне методах диагностики, лечения и профилактики; о возможных осложнениях и побочных явлениях проводимых мне диагностических и лечебных процедур; о распорядке работы и правилах обслуживания пациентов; о программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и реестре учреждений, оказывающих эту помощь.

- Добровольно даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг в ООО «Гармония»: проведение опроса, в том числе выявления жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, аускультацию; вагинальное исследование, ректальные исследования; антропометрические исследования; термометрию, тонометрию; лабораторные методы исследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, серологические, иммунологические, генетические; функциональные методы исследования, в том числе ЭКГ, пикфлоуметрию, кардиотокографию, ультразвуковые, доплерографические и импедансные исследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно, вагинально; отбор биологического материала: крови из вены, из пальца, вагинального секрета, отбор отделяемого уретры, простатического сока, спермы, мочи, кала, слюны, а также передачу моего биологического материала в лабораторию, которая будет выполнять исследование. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;

- Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических, лечебных и профилактических процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения;

- Я извещен (извещена) о том, что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

- Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- Я поставил (поставила) в известность медицинского сотрудника обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

- Я ознакомлен (ознакомлена) с Территориальной программой государственных гарантий оказания медицинской помощи на безвозмездной основе, но желаю получить платную медицинскую услугу.

В соответствии с требованиями статьи 9 ФЗ «О персональных данных» № 152-ФЗ от 27.07.06, подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных ООО «Гармония», находящегося по адресу г. Ярославль, пр. Ленина, д.18/50, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, должность, паспортные данные, реквизиты полисов ОМС, ДМС, данные о состоянии моего здоровья, включая расовую принадлежность, – при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным соблюдать врачебную тайну. Персональные данные обрабатываются с целью оказания медицинских услуг. Я предоставляю право осуществлять все операции с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, передачу, уничтожение. ООО «Гармония» вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки и отчетные формы.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего согласия в соответствии с требованиями ст. 61 ФЗ РФ «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан». Даю согласие на передачу моих персональных данных сотрудникам лабораторий – партнеров ООО «Гармония», выполняющих исследование моего биологического материала. Даю согласие, в случае необходимости, на передачу моих персональных данных, а также сведений медицинского характера, следующим лицам _____

Настоящее согласие действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего документа. В этом случае ООО «Гармония» обязано прекратить обработку моих данных в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Дата « ____ » _____ 20 ____ г. Подпись _____

ФИО сотрудника _____ Подпись _____