

**Уведомление о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций)
медицинского учреждения**

Общество с ограниченной ответственностью «Глобал Медикал Систем» в соответствии с п. 15 Постановления Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006 уведомляет Пациента

(ФИО)

о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского учреждения (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.

«___» _____ 20__ г. _____

(ФИО, подпись гражданина)

ДОГОВОР № _____ ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Москва

«___» _____ 20__ г.

_____, именуемый(ая)
в дальнейшем «Пациент», дата рождения «___» _____ г., паспорт: серия _____ № _____,
выдан _____ «___» _____ г., КП _____,

зарегистрированный(ая) по адресу: _____

проживающий(ая) по адресу: _____

_____, с одной стороны, и

Общество с ограниченной ответственностью «Глобал Медикал Систем» (г. Москва) (Свидетельство серия 77 № 010861772 от 28.02.2008 г., выданное Межрайонной ИФНС России № 46 по г. Москве, лицензия ЛО-77-01-013262 от 13 октября 2016 г., выданная Департаментом здравоохранения города Москва (127006 г. Москва Оружейный пер. д. 43. Т. +7 (499) 251 83 00). Предмет лицензии: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); лабораторной диагностике; организации сестринского дела; рентгенологии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; физиотерапии; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); организации здравоохранения и общественному здоровью; педиатрии; терапии; управлению сестринской деятельностью, при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий); аллергологии и иммунологии; анестезиологии и реаниматологии; гастроэнтерологии; дерматовенерологии; детской кардиологии; детской эндокринологии; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; колопроктологии; мануальной терапии; неврологии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации); офтальмологии; профпатологии; психотерапии; пульмонологии; рентгенологии; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; эндоскопии; при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: детской кардиологии; детской эндокринологии; кардиологии; неврологии; педиатрии; ревматологии; терапии; эндокринологии; при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе профессиональной пригодности; экспертизе временной нетрудоспособности),

именуемое в дальнейшем «Центр», в лице Административного директора Тургумбаева Тимура Маратовича, действующего на основании Доверенности № 01/17-20 от 29 декабря 2017 года, с другой стороны, вместе также именуемые «Стороны», заключили настоящий договор (далее – «Договор») о нижеследующем:

УВЕДОМЛЕНИЯ, ИНФОРМИРОВАНИЕ И СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТА

В момент заключения настоящего Договора Я, Пациент:

1. Информирован о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

2. Ознакомлен с перечнем услуг и Прейскурантом Центра, понимаю содержащуюся в нем информацию, согласен с действующими ценами на медицинские услуги, а также уведомлен о том, что оплаченные денежные средства по настоящему Договору не подлежат возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования. Пациент соглашается, что Прейскурант может быть изменен Центром в любое время в одностороннем порядке. Последующие, после подписания настоящего Договора Пациентом, изменения в Прейскуранте Центра доводятся до сведения Пациента посредством размещения информации на сайте Центра в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», а также на информационных стендах (стойках) Центра.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1. Центр на основании обращения Пациента обязуется оказать ему платные медицинские услуги (далее – «Медицинские услуги»), а Пациент уплачивает Центру вознаграждение в размере, порядке и сроки, установленные настоящим Договором.
- 1.2. Центр оказывает услуги по месту своего нахождения по адресу: 127018, Россия, г. Москва, ул. 2-я Ямская, д. 9.
- 1.3. Пациент также имеет право на получение платных немедицинских услуг (в том числе бытовых, сервисных, транспортных и иных услуг), предоставляемых Центром дополнительно при оказании медицинских услуг.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Центр обязуется:

- 2.1.1. Оказать медицинские услуги, предусмотренные настоящим Договором.
- 2.1.2. Не разглашать врачебную тайну, руководствуясь действующим законодательством РФ.
- 2.1.3. Обеспечить Пациента бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах.
- 2.1.4. Предоставить Пациенту информацию о медицинских работниках (ФИО), их образовании и медицинской специализации.
- 2.1.5. Представлять Пациенту информацию о состоянии его здоровья, в том числе о заболевании, диагнозе, методах лечения. Ознакомить Пациента с результатами осмотра, диагнозом, возможными вариантами лечения и ориентировочной стоимостью лечения, а при возникновении необходимости их изменения - согласовать такие изменения с Пациентом.
- 2.1.6. После окончания лечения выдать Пациенту медицинские документы (выписку из медицинской карты (выписной эпикриз)).

2.2. Пациент обязуется:

- 2.2.1. Предоставить Центру известную ему информацию и документы о состоянии своего здоровья.
- 2.2.2. Давать информированные добровольные согласия на медицинские вмешательства (медицинские услуги) в письменной форме.
- 2.2.3. Выполнять все указания и рекомендации медицинских работников Центра, связанные с оказанием медицинских услуг.
- 2.2.4. Являться на медицинский прием в согласованное Сторонами время. В случаях обстоятельств, препятствующих явке для получения услуг, Пациент информирует Центр о таком обстоятельстве заблаговременно.
- 2.2.5. Подписывать документы об оказании медицинских услуг (счет-акт). В случае отказа от подписания счета-акта без мотивировки причин отказа или отсутствия в момент окончания оказания услуги Пациента или иного уполномоченного им лица, в счете-акте делается пометка об этом, и счет-акт подписывается Центром в одностороннем порядке.
- 2.2.6. Кроме того Пациент обязан:
 - a. информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях до оказания ему медицинской помощи;
 - b. незамедлительно ставить в известность Центр о любых изменениях самочувствия (дискомфорте, беспокойстве), связанных со своим здоровьем, а также о других обстоятельствах, которые могут повлиять на достижения запланированных результатов оказываемых медицинских услуг (лечения);
 - c. соблюдать режим работы Центра.
- 2.2.7. Бережно относиться к имуществу Центра. В случае причинения ущерба Центру вследствие утраты или порчи имущества, вызванного деянием Пациента и/или лиц его сопровождающих, Пациент

обязуется в течение трех календарных дней возместить Центру нанесенный ущерб в полном объеме.

2.3. Центр имеет право:

- 2.3.1. Самостоятельно определять вид и объем диагностики, профилактики и лечения, количество и виды медицинских манипуляций и вмешательств, необходимых для оказания медицинских услуг (лечения) Пациенту.
- 2.3.2. Получать от Пациента сведения и медицинские документы о состоянии его здоровья, необходимые для оказания медицинских услуг.
- 2.3.3. Отказать во врачебном приеме Пациенту и/или в оказании ему медицинских услуг в случаях:
 - a) если есть подозрения (соматические проявления), что Пациент находится в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
 - b) в действиях Пациента есть угроза жизни или здоровью работников Центра и/или Пациент не следует рекомендациям работников Центра;
 - c) если Пациент отказывается предоставить известную ему информацию и документы о состоянии своего здоровья (в рамках сбора анамнеза);
 - d) неоплаты медицинских услуг.
- 2.3.4. При необходимости привлекать сторонние медицинские организации и специалистов с соответствующей квалификацией для оказания медицинских услуг.
- 2.3.5. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача (медицинского работника) или врача, ранее оказывающего услуги, назначить другого врача (медицинского работника) для оказания услуг Пациенту.

2.4. Пациент имеет право:

- 2.4.1. Получать информацию о состоянии своего здоровья, перечне, стоимости и результатах оказываемых услуг.
- 2.4.2. Получать медицинские услуги (медицинскую помощь, лечение).
- 2.4.3. Выбрать лечащего врача (медицинского работника) из персонала Центра.
- 2.4.4. Отказаться от получения медицинских услуг с подписанием отказа от медицинского вмешательства, предусмотренного законодательством РФ. В этом случае Пациент оплачивает расходы, понесенные Центром на момент такого отказа от услуг.
- 2.4.5. Указать граждан, которым может быть передана информация о состоянии его здоровья.

3. ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА

- 3.1. Условия, объем и характер медицинских услуг устанавливается на основании предварительного диагноза. При необходимости Сторонами может быть согласована твердая или приблизительная смета на виды и стоимость оказываемых услуг (далее - «Смета»).
- 3.2. Срок оказания медицинских услуг определяется, исходя из объема профилактических, диагностических и лечебных мероприятий. Услуги оказываются в согласованные с Пациентом сроки, определенные до начала лечения.

4. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

- 4.1. Стоимость оказываемых Центром медицинских услуг определяется в соответствии с Прейскурантом Центра, действующем на дату оказания медицинской услуги.
- 4.2. Услуги оплачиваются Пациентом после каждого посещения Центра (врачебного приема) в момент выставления счета Центром, за исключением случаев, предусмотренных настоящим Договором. Центр вправе определить перечень услуг, по которым осуществляется предоплата.
- 4.3. В случае возникновения необходимости госпитализации Пациента (в том числе в стороннюю медицинскую организацию) Пациент вносит предоплату, определенную Центром. Окончательный счет Пациент получает при выписке из медицинского учреждения. Центр вправе выставить Пациенту промежуточные счета, которые Пациент обязан оплачивать в течение 2 (Двух) календарных дней с момента выставления такого счета. Окончательный счет Пациент получает и оплачивает в момент выставления счета до

выписки Пациента. При госпитализации Пациента в стороннюю медицинскую организацию минимальный размер предоплаты составляет 300 000 (Триста тысяч) рублей.

- 4.4. Перед началом оказания услуг Пациент на основании счетов, выставляемых Центром, предварительно оплачивает стоимость госпитализации; ортопедические и хирургические процедуры; процедуры с использованием дорогостоящих лекарств, протезов и иных изделий медицинского назначения, используемых при инвазивных (хирургических) вмешательствах.
- 4.5. Датой оплаты денежных средств считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Центра или день внесения денежных средств в кассу.
- 4.6. По согласованию Сторон дорогостоящие медицинские услуги оказываются Центром на основании Сметы, подписанной Пациентом, и оплачиваются на основании счета в день его выставления. Порядок оплаты может быть изменен по согласованию Сторон в Смете.
- 4.7. В случае наличия у Пациента действующего договора добровольного медицинского страхования со страховой компанией (при условии того, что между такой страховой компанией и Центром заключен и действует договор на оказание медицинских услуг) услуги Центра, покрываемые действующим страховым полисом Пациента, оплачивает такая страховая компания. Услуги, не оплачиваемые страховой компанией, оплачиваются Пациентом в соответствии с п. 4.2 настоящего Договора самостоятельно.
- 4.8. Пациент подтверждает (*дает согласие*) возможность оплаты оказанных ему услуг третьими лицами, в том числе организациями и страховыми компаниями. В случае оплаты услуг полностью или частично организациями или страховыми компаниями Пациент дает добровольное согласие на передачу указанным организациям или страховым компаниям своих персональных данных, а также информации, составляющей врачебную тайну, с целью исполнения договоров о добровольном медицинском страховании или об оказании медицинских услуг.
- 4.9. Возврат излишне уплаченных денежных средств по настоящему Договору возможен только тем же способом, каким была произведена оплата. При оплате банковской картой денежные средства возвращаются на банковскую карту, с которой была совершена оплата, при условии предоставления банковской карты, паспорта плательщика и заявления на возврат денежных средств. При оплате наличными средствами, денежные средства возвращаются Пациенту наличными в кассе Центра при условии предоставления паспорта и заявления на возврат денежных средств.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.
- 5.2. При неисполнении Пациентом условий настоящего Договора Центр не несет ответственности за результаты оказания услуг и не гарантирует достижения заявленного результата услуг.

6. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

- 6.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров. С целью урегулирования разногласий Стороны вправе согласовать проведение медицинского консилиума и/или медицинской экспертизы.
- 6.2. При недостижении согласия в процессе переговоров спорных вопросов, споры подлежат рассмотрению в судебном порядке.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ

- 7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует в течение одного года или до фактического выполнения обязательств, принятых Сторонами по настоящему Договору. Действие настоящего Договора пролонгируется на каждый последующий календарный год, если ни одна из Сторон не заявит о расторжении настоящего Договора предварительно за 30 (Тридцать) календарных дней до прекращения действия настоящего Договора.
- 7.2. Настоящий Договор может быть изменен либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон.
- 7.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны Сторонами.

7.4. Настоящий Договор может быть досрочно прекращен в одностороннем порядке любой из Сторон в случае невыполнения другой Стороной обязательств по настоящему Договору.

8. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

8.1. В момент подписания настоящего Договора Пациент предоставляет Центру свои персональные данные Пациента и дает Центру согласие на их обработку свободно, своей волей и в своем интересе. Центр получает право на сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, изменение, распространение, обезличивание, блокирование и уничтожение персональных данных для выполнения Центром своих обязательств по настоящему Договору, требований нормативных документов вышестоящих организаций и законодательства РФ. Пациент подтверждает, что персональные данные, указанные в настоящем Договоре, им проверены и внесены верно.

8.2. Пациент просит направлять результаты исследований: по телефону / электронной почте или третьему лицу, письменно указанному Пациентом (ФИО и адрес регистрации). Пациент информирован, отдает отчет и согласен, что при передаче информации через телефон, электронную почту, третьих лиц, а так же лично в Центре, существуют риски разглашения и использования информации третьими лицами, при любом неуполномоченном доступе во время передачи информации по любым каналам и способам связи. Пациент понимает возможность появления данных рисков и согласен принять эти риски на себя. Кроме того Пациент отказывается от любых претензий за неполучение информации в случае повреждения, нарушения настроек, сбоев в телефонной связи и в электронной почте.

_____ / _____
(собственноручно указать адрес эл. почты, тел., ФИО и адрес регистрации третьего лица)

_____ / _____
(подпись Пациента

_____ / _____
расшифровка подписи)

9. ИНЫЕ УСЛОВИЯ

9.1. Дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.

9.2. Настоящий Договор составлен в 2 (Двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

ПОДПИСИ СТОРОН ЦЕНТР

Общество с ограниченной ответственностью
«Глобал Медикал Систем»
Сокращенное наименование ООО «Джи Эм Эс»
Адрес места нахождения: 127018, Россия, г. Москва,
ул. 2-я Ямская, д. 9,
Тел.: +7(495)781-55-77, Факс: +7 (495) 781-55-78
ИНН 7715685732 КПП 771501001
р/с 40702810801990000360
в Филиале «Центральный» Банка ВТБ (ПАО)
к/с 30101810145250000411
БИК 044525411
ОГРН 1087746162349
ОКПО 84780533
ОКАТО 45280569000
ОКВЭД 85.12

Сайт Центра: www.gmsclinic.ru

Административный директор

_____ / _____
Тургумбаев Т.М.

М.П.

ПАЦИЕНТ

_____ / _____
ФИО

_____ / _____
Паспортные данные (серия, номер, кем и когда
выдан)

_____ / _____
адрес места жительства

_____ / _____
контактный телефон

_____ / _____
подпись

_____ / _____
расшифровка подписи

Приложение № 2

к приказу Минздрава РФ от 20.12.2012 № 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, _____
(ФИО пациента)

«__» _____ года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу: _____

(адрес места жительства пациента)

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 (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи в обществе с ограниченной ответственностью «Глобал Медикал Систем», г. Москва, ул. 2-я Ямская, д.9. Свидетельство, серия 77 № 010861772 от 28.02.2008 г., выданное Межрайонной ИФНС России № 46 по г. Москве. Лицензия ЛО-77-01-013262 от 13 октября 2016 г., выданная Департаментом здравоохранения города Москвы.

Медицинским работником _____
(должность, ФИО медицинского работника, врача первичного приема)

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».

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, контактный телефон)

(ФИО, подпись пациента)

(ФИО, подпись медицинского работника, представляющего информацию)

«__» _____ 20__ года
(дата оформления)