

**Договор
на оказание платных медицинских услуг**

г. Санкт-Петербург

_____ 2020 г.

ООО «Доступная медицина» (ОГРН 1187847221540); лицензия № ЛО-1 № 008743 выданная Комитетом по здравоохранению, расположенного по адресу: Санкт-Петербург, пл. Стачек, дом 9, стр.1, ЭТ/ПОМ 1/13-Н, Ч.П. №2, на осуществление работ (услуг), при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; рентгенологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Генерального директора Кузнецова Евгения Сергеевича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и «Заказчик», персональные данные которого (ФИО, место жительства, телефон, паспортные данные), указаны в реквизитах к данному договору, с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1. Заказчик поручает и оплачивает, а Исполнитель принимает на себя обязательства по оказанию в согласованный Сторонами срок амбулаторных медицинских услуг, указанных в п. 1.2.
2. **Наименование медицинских услуг: МРТ исследование/консультация врача.**

2. Цена услуг и порядок оплаты

1. Цена медицинских услуг, оказываемых по настоящему Договору в п. 1.2. настоящего договора определяется на основании прейскуранта медицинского центра, действующего на момент заключения договора.
2. Заказчик обязан оплатить медицинские услуги полностью до начала их оказания путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя, либо на расчетный счет Исполнителя по безналичному расчету.
3. При невыполнении или уменьшении объема оказанных медицинских услуг Исполнитель в течение 15 (пятнадцати) банковских дней возвращает Заказчику соответственно оплаченную сумму или разницу между оплаченной суммой и стоимостью оказанных медицинских услуг.
4. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, исполнитель обязан предупредить об этом Заказчика. Без согласия Заказчика Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

3. Права и обязанность сторон

3. Исполнитель:

1. обязан своевременно и качественно оказать медицинские услуги в соответствии с требованиями, регламентированными основами законодательства.
2. имеет право самостоятельно определять необходимый объем исследований и манипуляций при оказании медицинской помощи.
3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги

оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

4. Исполнителем после исполнения договора выдаются заказчику (законному представителю заказчика) медицинские документы (заключение врача-рентгенолога, cd-диск со снимками МРТ).
2. Заказчик обязан:
 - 2.1. Ознакомиться с правилами оказания платных медицинских услуг, представленных на информационном стенде Исполнителя.
 - 2.2. оплатить медицинские услуги в порядке и сроки, установленные настоящим договором.
 - 2.3. выполнить требования, обеспечивающие качественное оказание медицинской услуги, включая сообщение необходимых для этого достоверных сведений (о перенесенных заболеваниях, противопоказаниях и пр.), точно выполнять назначения врачей, соблюдать режим работы Исполнителя. При грубых нарушениях перечисленных требований, сумма средств, затраченная на лечение, пациенту не возвращается.
 - 2.4. В случае порчи имущества, принадлежащего Исполнителю в следствие противоправных действий или нарушения внутреннего распорядка медицинского центра, Заказчик обязан возместить Исполнителю фактически понесенные расходы.
3. Заказчик имеет право требовать предоставления полной и достоверной информации об оказываемых медицинских услугах.
4. Заказчик информирован, что имеет право на получение аналогичной медицинской услуги в других учреждениях имеющих соответствующую лицензию.

4. Конфиденциальность

- 4.1. Стороны обязаны сохранять конфиденциальность информации, полученной в процессе исполнения настоящего договора.
- 4.2. Передача конфиденциальной информации третьим лицам, опубликование или иное разглашение такой информации может осуществляться только с письменного согласия Заказчика, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

5. Ответственность сторон

- 5.1. За исполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством РФ.

6. Обстоятельства непреодолимой силы

- 6.1. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, если это произошло вследствие непреодолимой силы или по иным обстоятельствам, предусмотренным законом.

7. Порядок разрешения споров

- 7.1. Все споры, возникающие при исполнении настоящего Договора, решаются Сторонами путем переговоров.
- 7.2. При возникновении разногласий между Сторонами споры рассматриваются клинико-экспертной комиссией в установленном порядке.
- 7.3. При неустранении разногласий по вопросу качества оказания услуг, до обращения пациента в суд обязательно предъявление претензии исполнителю, которое должно быть рассмотрено в течение одного месяца.
- 7.4. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

8. Порядок внесения изменений, дополнений в договор и его расторжения

- 8.1. В настоящий договор могут быть внесены изменения и дополнения, которые оформляются Сторонами дополнительными соглашениями к настоящему Договору.

- 8.2. Настоящий Договор может быть досрочно расторгнут по основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации и настоящим Договором.
- 8.3. При несоблюдении медицинским учреждением обязательств, Заказчик вправе потребовать изменения срока оказания медицинской услуги, лечения другим специалистом или расторжения договора и возмещения убытков.
- 8.4. В случае отказа Заказчика после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Заказчика о расторжении договора по инициативе потребителя, при этом Заказчик оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

9. Срок действия договора

- 9.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами до выполнения сторонами своих обязательств, но не более 30 календарных дней. При необходимости продлить Договор (в соответствии с планом лечения) заключается дополнительное соглашение.

10. Прочие условия

- 10.1. Настоящий договор составлен в двух подлинных экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

11. Подписи Сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ	ЗАКАЗЧИК
<p>ООО «Доступная медицина»</p> <p>Юридический адрес: 198095, г. Санкт-Петербург, пл. Стачек, дом 9, стр.1, ЭТ/ПОМ 1/13-Н, Ч.П. №2</p> <p>Тел. (812) 380-83-84 mail: info@domedica24.ru ИНН 7801647762 КПП 780101001 р/с: 40702810755000050048 СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ БАНК ПАО СБЕРБАНК к/с: 30101810500000000653 БИК 044030778 ОГРН 1187847221540</p> <p>Генеральный директор</p> <p>_____ /Е.С. Кузнецов/</p>	<p>ФИО _____</p> <p>_____</p> <p>дата рождения _____</p> <p>паспорт _____</p> <p>выдан _____</p> <p>_____</p> <p>зарегистрирован _____</p> <p>_____</p> <p>тел _____</p> <p>_____ / _____ /</p>

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 (согласно Приказу Минздравсоцразвития России от 23.04.2012 N 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи») (применять для МРТ исследований, включая исследования с внутривенным контрастным усилением)

Я, _____

(Ф.И.О. гражданина либо, законного представителя)

(являюсь законным представителем или опекуном гражданина: (Ф.И.О. гражданина))

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. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в клинике ООО «Доступная медицина» медицинским работником

—
(Ф.И.О. медицинского работника)

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 или состоянии лица, законным представителем, которого я являюсь (ненужное зачеркнуть).

Я информирован(а) о проведении исследования с внутривенным введением контрастного вещества и даю свое согласие на его введение. Я проинформирован(а) о возможных осложнениях при введении контрастного вещества (инъекция любого препарата таит в себе определенный риск, связанный с повреждением нерва, артерии или вены, с возникновением инфекционных осложнений или побочной реакции на введение контрастного препарата, которые редки, чаще всего проявляются в виде тошноты, рвоты, высыпаний на коже, жара; крайне редко могут возникнуть более серьезные реакции на контрастный препарат, степень их выраженности различна, особенно опасен анафилактический шок и индивидуальная непереносимость конкретного рентгеноконтрастного вещества, летальный исход на введение контрастного вещества по данным мировой практики составляет 1: 175000).

Я проинформирован(а) о том, что рентгенологическое заключение не является диагнозом и должно быть правильно интерпретировано лечащим врачом в соответствии с клиническими и лабораторными данными/

Я проинформирован(а) о том, что необходимо сохранять протоколы описания и МРТ-данные на носителях (CD/DVD диски, пленки), предъявлять врачу для сравнения при последующих исследованиях.

Я осознаю наличие анестезиологического риска во время проведения магнитно-резонансной томографии (МРТ), согласен(на) на то, что ход анестезиологического пособия может быть изменен врачами по их усмотрению. Я целиком и полностью доверяю врачам в тактике лечения возможных осложнений, связанных с проведением магнитно-резонансной томографии (МРТ), введением контрастного препарата и оказанием анестезиологического пособия (при планировании проведения анестезиологического пособия при МРТ исследованиях).

Я извещен(а) о клиническом профиле медицинской организации, в которой будет проводиться магнитно-резонансной томография (МРТ), и о проводимой в нем преподавательской и научно-исследовательской работе и согласен(согласна) на анонимное использование (опубликование) результатов моего (моего ребенка) обследования в научных и учебных целях.

Я подтверждаю, что сообщил(а) достоверную информацию, связанную со здоровьем, физическим и психическим состоянием (моего ребенка), а также перенесенными ранее заболеваниями и аллергическими реакциями.

Я даю свое согласие на передачу, обработку и хранение своих личных данных или личных данных гражданина, чьим законным представителем или опекуном я являюсь, в Едином радиологическом информационном сервисе (ЕРИС) в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 No 152-ФЗ «О персональных данных».

Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(а) вышеизложенную информацию, информация и используемая медицинская терминология мне понятны, и я осознанно даю добровольное согласие на проведение магнитно-резонансной томографии (МРТ) с внутривенным контрастным усилением и анестезиологическое пособие.

(Ф.И.О. гражданина/законного представителя, контактный телефон, подпись)

(подпись) (Ф.И.О. врача-рентгенолога)

Анкета пациента для проведения магнитно-резонансной томографии (МРТ) (применима для исследований с внутривенным контрастным усилением)

Ф.И.О.: _____

Возраст: _____ Вес: _____ Рост: _____

Во время проведения МРТ исследования Вы будете находиться в зоне действия сильного магнитного поля. Ряд заболеваний, наличие в Вашем теле или одежде медицинских устройств и предметов могут оказать влияние на достоверность постановки диагноза, а также могут явиться противопоказанием для проведения исследования. Для обеспечения Вашей безопасности необходимо убедиться в отсутствии противопоказаний для данного исследования. Необходимо внимательно прочитать и заполнить анкету, поставив отметку в соответствующей графе. Особое внимание пунктам 1 и 2.

№	Перед началом исследования сообщите следующие сведения о себе (заполняется пациентом)	Д А	Н Е Т
1.	Имеются ли у Вас искусственные водители ритма (кардиостимулятор)?		
2.	Имеются ли у Вас искусственные суставы, стенты, скобки, клипсы сосудистых аневризм, сосудистые фильтры, имплантированный сердечный дефибриллятор, нейростимулятор, инсулиновый насос, слуховой аппарат, эндопротезы, протез орбиты, глазного яблока, металлические брекеты и любые другие металлические предметы медицинского назначения, находящиеся внутри Вашего тела?		
3.	Выполнялись ли ранее Вам операции на головном мозге, сердце или других органах?		
4.	Имеются ли у Вас в теле немедицинские металлические объекты (осколки, стружки)?		
5.	Были ли у Вас ранения (например, пульей, дробью и пр.)?		
6.	Имеется ли у Вас на теле пирсинг?		
7.	Не страдаете ли Вы эпилепсией, судорожными припадками, были ли случаи потери сознания?		
8.	Выполнялись ли Вам ранее исследования МРТ? Дата: _____		
9.	Была ли у Вас когда-либо аллергическая реакция на введение контрастных препаратов, применяемых при МРТ или КТ?		
10.	Не страдаете ли Вы клаустрофобией (боязнь замкнутого пространства)?		
11.	Для пациентов женского пола: нет ли у Вас беременности или лактации?		
12.	Для пациентов женского пола: наличие внутриматочной спирали?		
13. *	Наличие в анамнезе болезней почек?		
14. *	Наличие в анамнезе операций на почках?		
15. *	Результаты последнего исследования сывороточного креатинина: _____ Величина: _____ Дата: _____		

**Ответ на вопрос необходим ТОЛЬКО для проведения исследования с контрастным усилением*

При условии установки МР-совместимого при определенных условиях импланта, при соблюдении требований безопасности во время проведения исследования, я даю свое согласие на проведение МРТ исследования, включая исследование с внутривенным контрастным усилением.

Предметы, которые могут быть повреждены или явиться причиной травмы в условиях действия сильного магнитного поля, необходимо оставить перед входом в помещение томографа (электронные устройства, мобильные телефоны, кредитные, другие магнитные карты, проездные билеты, электронные носители информации, ключи, очки, часы, слуховые аппараты и съёмные зубные и другие протезы, булавки, заколки, парики, украшения, одежду с металлическими пуговицами и кнопками, ручки, ремни, подтяжки и прочие металлические предметы).

_____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя
гражданина, подпись)

_____ (Ф.И.О. врача-рентгенолога, подпись)

Приложение к добровольному информированному согласию для диагностических
служб и врачей-специалистов

✓ Я, _____
ФИО пациента

Подтверждаю, что (нужное подчеркнуть):

1. Возвращение на территорию РФ из другой страны за последние 14 дней, нет/да

При выезде из другой страны за 14 дней:

Страна выезда _____

Дата выезда _____

Дата и место въезда на территорию РФ _____

**2. Наличие контакта с заболевшим коронавирусной инфекцией (COVID-19) или
подлежащих наблюдению при подозрении на нее, в пределах 14 дней, покидавшим
территорию РФ в течение предыдущих 14 суток, нет/да**

При наличии контакта:

Дата контакта: _____

Дата выезда возможного источника инфекции из неблагополучной страны:

Дата и место въезда возможного источника инфекции на территорию РФ:

При возможности его контактные данные (телефон, адрес проживания):

Наличие признаков ОРВИ, нет/да

3. Наличие признаков ОРВИ, нет/да

✓ ФИО, подпись пациента: _____

ФИО, подпись медицинского работника: _____