**УВЕДОМЛЕНИЕ**

Настоящим подтверждаю, что Общество с ограниченной ответственностью «БИОМЕХАНИКА» уведомило меня о возможности и условиях предоставления мне бесплатной медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, при этом даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов(а) их оплатить. Сроки и порядок их оплаты доведены до сведения в доступной форме.

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

**Договор на оказание платных медицинских услуг  
(с физическим лицом) № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| г. Владивосток «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_ |  |

Общество с ограниченной ответственностью «БИОМЕХАНИКА» (ОГРН 1102538002654, ИНН 2538137101), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности № Л041-01023-25/00328579  от 24.12.2020 г\*. (срок действия - бессрочно), выданной Министерством Здравоохранения Приморского края (г. Владивосток, ул. 1-я Морская, 2, тел. 8(423)241-35-14), в лице директора Самсоновой Юлии Александровны, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем Исполнитель, с одной стороны, и гражданин Российской Федерации, именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. По настоящему договору Исполнитель оказывает Заказчику платные медицинские услуги в пределах перечня услуг в соответствии с лицензией\*.

1.2. Исполнитель обязуется оказать Заказчику (или иному лицу, указанному Заказчиком) на возмездной основе согласно акта о приемке оказанных услуг.

1.3. Исполнитель оказывает услуги Заказчику исходя из объективного состояния его здоровья на момент заключения договора.

1.4. Медицинские услуги, оказанные Исполнителем Заказчику по настоящему Договору, должны отвечать требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

1.5. Исполнитель оказывает медицинские услуги по настоящему Договору в помещении Исполнителя, расположенном по адресу: г. Владивосток, Народный пр-кт, дом № 11Б.

**2. ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ**

2.1. Стоимость медицинских услуг по настоящему Договору определяется согласно прейскуранту на платные медицинские услуги, действующим у Исполнителя на момент заключения настоящего Договора.

2.2. Расчеты за оказание медицинских услуг по настоящему Договору осуществляются Заказчиком путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя до фактического оказания Исполнителем медицинской услуги.

**3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

**3.1. Права и обязанности Исполнителя:**

3.1.1. Выполнить медицинские услуги качественно и в сроки, установленные Договором;

3.1.2. В своей деятельности по оказанию медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке;

3.1.3. Обеспечивать Заказчика информацией, включающей в себя сведения о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения услуг, сведения о квалификации и сертификации специалистов;

3.1.4. Обеспечить Заказчику непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья и выдать по письменному требованию Заказчика или его представителя копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья пациента;

3.1.5. Обеспечить исполнение принятых на себя обязательств по оказанию медицинских услуг силами собственных специалистов и/или с привлечением работников иных медицинских организаций, имеющих с Исполнителем договорные отношения;

3.1.6. Оказать медицинские услуги в установленные сроки и в порядке, предусмотренном настоящим Договором;

3.1.7. Выдать документ строгой отчетности (кассовый чек), подтверждающий прием денежных средств у Заказчика.

**3.2. Права и обязанности Заказчика:**

3.2.1. Заказчик имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличия заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения, стоимости услуг;

3.2.2. Информация, содержащаяся в медицинских документах Заказчика, составляет врачебную тайну и может предоставляться без согласия Заказчика только по основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации;

3.2.3. Заказчик вправе отказаться от исполнения настоящего Договора при условии оплаты фактически предоставленных Исполнителем услуг;

3.2.4. Заказчик обязан выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление платной медицинской услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений;

3.2.5. Заказчик выражает свое согласие на медицинские услуги путем подписания информированного добровольного согласия;

3.2.6. Заказчик обязан своевременно и в полном объеме исполнять назначения лечащего врача, соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

3.2.7. Заказчик обязан своевременно оплатить оказанные медицинские услуги.

**4. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ВЫДАЧИ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ**

4.1. После получения платных медицинских услуг и при условии их полной оплаты Потребителем (Заказчиком) Учреждение выдает Потребителю (пациенту) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья пациента после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об использованных при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

5.1. Исполнитель несет ответственность:

5.1.1. за качество оказанных медицинских услуг (в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями);

5.1.2. за причинение вреда жизни и здоровью Заказчика по вине медицинского работника Исполнителя.

5.2. Исполнитель освобождается от ответственности в случаях:

5.2.1. возникновения осложнений по вине Заказчика (несоблюдение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших нарушениях и отклонениях в состоянии здоровья, отказе от необходимого дополнительного комплекса обследований и лечения);

5.2.2. возникновения аллергии или непереносимости препаратов, разрешенных к применению, если наличие аллергии и непереносимости не отражено Заказчиком;

5.2.3. прекращения (незавершения) лечения по инициативе Заказчика;

5.2.4. если Заказчик не предоставил достоверную информацию об общем состоянии своего здоровья.

5.3. Заказчик несет ответственность за достоверность предоставляемой информации, четкое выполнение рекомендаций врача и своевременную оплату медицинских услуг.

**6. РАССМОТРЕНИЕ СПОРОВ**

6.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, решаются Сторонами путем переговоров.

6.2. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, Стороны передают его на рассмотрение в суд, с соблюдением правил подсудности.

**7. СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку Исполнителем моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адреса проживания, паспортные данные, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Исполнителем мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Исполнителя, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Исполнителю право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Срок хранения моих персональных данных соответствует законодательно установленному сроку хранения данных.

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и действует до даты его отзыва мной.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Исполнителя по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Исполнителя. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Исполнитель обязан прекратить их обработку по истечении периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов при оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Передача моих персональных данных иным лицам может осуществляться только с моего согласия.

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

**8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

8.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания каждой из сторон и действует 1 год с момента его заключения и до полного исполнения обязательств.

8.2. Настоящий договор может быть расторгнут досрочно по соглашению Сторон, по инициативе Заказчика, выраженной путем подачи письменного заявления Исполнителю, по инициативе Исполнителя в случае неоплаты Заказчиком фактически оказанных услуг, а также в судебном порядке.

8.3. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

**9. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ, ПОДПИСИ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| ЗАКАЗЧИК:  ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес регистрации по месту жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.  Код подразделения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ИСПОЛНИТЕЛЬ: ООО «БИОМЕХАНИКА» 690014, г. Владивосток, Народный пр-кт, дом № 11Б  Тел. 8(423)200 148  ОГРН 1102538002654, ИНН 2538137101,  р/сч 40702810010540000297  в филиале «Центральный» Банка ВТБ (ПАО) в г. Москве  БИК 044525411, ИНН 7702070139  Кор/сч 30101810345250000745  Директор  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Уведомление пациента о последствиях лечения и рекомендациях**

Уважаемый пациент!

На основании пункта 24 Правил предоставления медицинскими организациями платных услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11 мая 2023 г. № 766, Общество с ограниченной ответственностью «БИОМЕХАНИКА» уведомляет Вас о том, что существуют зависящие от Вас обстоятельства, которые влияют на результат оказания услуг, на их эффективность, безопасность, на сроки оказания и длительность полезного действия услуг, а именно:

строгое соблюдение всех рекомендаций и предписаний врача, выполнение указаний медицинского персонала во время оказания услуги; явка на прием к врачу в назначенный срок; пропуск визитов к врачу отражается на сроках лечения и может привести к побочным эффектам и осложнениям; предоставление врачу точной и подробной информации о состоянии своего здоровья, включая сведения о перенесенных и имеющихся заболеваниях, непереносимость лекарств, препаратов, процедур и лечения, проводимом вне нашей медицинской организации.

Отсутствие данных сведений не позволит врачу подобрать оптимальный план лечения и прогнозировать его исход, качество и сроки оказания услуги.

Информирование врача при первой возможности об изменениях в состоянии здоровья, включая появление болевых или дискомфортных ощущений в процессе и после лечения; наличие в день приема острых воспалительных или инфекционных заболеваний, обострения хронических заболеваний, т.к. подобные состояния могут спровоцировать непредвиденные реакции организма и иные осложнения во время оказания услуг.

Для обеспечения возможности проведения лечения или повышения его качества, может возникнуть необходимость проведения специализированных, лечебных, профилактических или диагностических мероприятий в других медицинских организациях. Своевременное и точное выполнение назначенных врачом мероприятий вне медицинской организации (диагностика, консультации специалистов, лечебные и профилактические процедуры), влияют на сроки окончания лечения, его качество, исход и прогноз.

Лечащий врач перед началом лечения проинформирует Вас об осложнениях и других побочных эффектах медицинского вмешательства, в том числе о тех, которые могут возникнуть вследствие индивидуальных особенностей организма, вероятность которых, не могут полностью исключить используемые знания и технологии.

Такие явления не являются недостатками качества услуг, если услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований.

Медицинская услуга будет оказана после получения Вашего добровольного согласия с данным уведомлением.

С уведомлением ознакомлен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Анкетирование**

Вы (отметить галочкой):

Являетесь многодетным родителем

Инвалид и/или лицо с ограниченными возможностями здоровья

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

проживающий по адресу (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

**Этот раздел бланка заполняется на лиц, не достигших возраста 15 лет или признанных недееспособными**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспорт:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

являюсь представителем по доверенности 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 Минздравсоцразвития РФ от 23.04.2012 г. № 390н, для получения первичной медико-санитарной помощи в ООО "Биомеханика". Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно. Мне даны полные разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (заболевания представляемого) 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 ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Я извещен(а) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно применять назначенные лекарственные средства и другие методы лечения, незамедлительно сообщать лечащему врачу об ухудшении самочувствия и обо всех неблагоприятных последствиях от лечения, а также согласовывать с врачом прием любых, не назначенных им лекарственных средств.

Я извещен(а) о необходимости поставить в известность медицинских работников обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе индивидуальной непереносимости лекарственных средств, обо всех перенесенных мною (представляемым) травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого), о принимаемых лекарственных средствах, об употреблении алкоголя, психоактивных веществ, а также о наследственности.

Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.

2. Осмотр, в том числе пальпация.

3. Антропометрические исследования.

4. Термометрия.

5. Тонометрия.

6. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно, внутрисуставно.

7. Медицинский массаж, в том числе с направленным воздействием на триггерные точки.

8. Мануальная терапия

9. Лечебная физкультура.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)