

УТВЕРЖДЕНО
приказом директора
«__» _____ 20__ года №

ПОЛОЖЕНИЕ
об условиях, порядке, форме предоставления платных
медицинских услуг и порядок их оплаты в
ООО «Ирисмед»

г. Курск
2020

Содержание

1. Общие положения	3
2. Цели и задачи условий, порядка, формы предоставления платных медицинских услуг.....	3
3. Порядок оказания платных медицинских услуг.....	3
4. Порядок заключения договора и оплаты медицинских услуг	4
5. Ответственность исполнителя и контроль за предоставлением платных медицинских услуг.....	5
Приложение № 1 Договор на оказание медицинских услуг	6
Приложение № 2 Согласие на обработку персональных данных	9
Приложение № 3 Информированное добровольное согласие об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг	10
Приложение № 4 Дополнительное соглашение к договору.....	11
Приложение № 5 Отказ от видов платных медицинских услуг (медицинских вмешательств), включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые Заказчик (Потребитель) дал информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи	12
ЛИСТ ОЗНАКОМЛЕНИЯ	13

1. Общие положения

1.1. Положение об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг в ООО «Ирисмед» определяет порядок организации и проведения медицинских услуг в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации

1.2 Настоящее Положение разработано в соответствии с:

- Конституцией Российской Федерации от 12.12.1993;
- Гражданским кодексом Российской Федерации от 30.11.1994 № 51-ФЗ;
- Федеральным законом Российской Федерации от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»;
- Федеральным законом Российской Федерации от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Законом Российской Федерации от 07.02.1992г. № 2300-1 «О защите прав потребителей»;
- Постановлением Правительства Российской Федерации от 15.04.2012 года №291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»»;
- Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012г. №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»;
- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2012г. №1177 «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства»;
- Перечнем 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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082;
- Уставом Общества с ограниченной ответственностью «Клиника эстетической медицины «Ирисмед».

2. Цели и задачи условий, порядка, формы предоставления платных медицинских услуг

2.1.Целью порядка оказания медицинских услуг является обеспечение прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации.

2.2.Основные понятия, используемые при организации и проведении платных медицинских услуг:

«платные медицинские услуги» - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования (далее - договор);

«медицинская услуга» - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;

«потребитель» - физическое лицо, имеющее намерение получить, либо получающее медицинские платные услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом;

«заказчик» - физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести), либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;

«исполнитель» - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги потребителям;

«медицинская организация» - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

3. Порядок оказания платных медицинских услуг

3.1.Платные медицинские услуги предоставляются на основании видов работ (услуг), составляющие медицинскую деятельность в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности ЛО-46-01-001664 от 24 августа 2016 г, выданной Комитетом здравоохранения Курской области (адрес:305004, г. Курск, Красная площадь, д. 6, телефон (4712) 51-47-20).

Виды 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;
- При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, косметологии

3.2. ООО «Ирисмед» определяет цены (тарифы) на предоставление платных медицинских услуг самостоятельно. Стоимость медицинской помощи или цена отдельной медицинской услуги, предоставляемой ООО «Ирисмед», определяется из утвержденного Прейскуранта ООО «Ирисмед».

3.3. Платные медицинские услуги оказываются пациентам за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования по ценам (тарифам) на предоставляемые платные медицинские услуги, определенные исполнителем самостоятельно.

3.4. При предоставлении платных медицинских услуг должны строго соблюдаться порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3.6. Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.

В случае если Федеральным законом, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг должно соответствовать этим требованиям.

3.7. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии: согласия на обработку персональных данных (Приложение № 2), информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан (Приложение № 3), либо отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов вмешательств (Приложение № 5).

4. Порядок заключения договора и оплаты медицинских услуг

4.1. Договор заключается потребителем (заказчиком) и исполнителем в письменной форме.

4.2. Договор на оказание медицинских услуг (Приложение № 1) включает следующую информацию:

а) **о ООО «Ирисмед»:**

- наименование ООО «Ирисмед», адрес места нахождения, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;

- номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность ООО «Ирисмед», в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего его лицензирующего органа;

- реквизиты ООО «Ирисмед»;

- должность, фамилию, имя, отчество лица, заключающего договор от имени клиники, и его подпись;

б) **о физическом лице:**

- фамилию, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон потребителя, и его подпись;

в) **о юридическом лице:**

- наименование и адрес места нахождения заказчика - юридического лица;

- должность, фамилию, имя, отчество лица, заключающего договор с ООО «Ирисмед», от имени заказчика, и его подпись;

- реквизиты заказчика - юридического лица;

г) перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором;

д) стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты;

е) условия и сроки предоставления платных медицинских услуг;

ж) ответственность сторон за невыполнение условий договора;

з) порядок изменения и расторжения договора;

и) иные условия, определяемые по соглашению сторон.

4.3. Договор составляется в 3-х экземплярах, один из которых находится у исполнителя, второй - у заказчика, а третий – у потребителя. В случае если договор заключается потребителем и исполнителем, он составляется в 2-х экземплярах, каждый из которых имеет одинаковую юридическую силу.

4.4. На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета, составление которой по требованию потребителя (заказчика) или исполнителя является обязательным, при этом она является неотъемлемой частью договора.

4.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, исполнитель обязан предупредить об этом потребителя (заказчика). Дополнительные медицинские услуги на возмездной основе предоставляются только с письменного согласия потребителя (заказчика).

4.6. В случае отказа потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом исполнитель информирует потребителя (заказчика) о расторжении договора по инициативе потребителя, при этом потребитель (заказчик) оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

4.7. Потребитель (заказчик) обязан оплатить предоставленную исполнителем медицинскую услугу в сроки и в порядке, которые определены договором путем внесения денежных средств в кассу медицинской организации или безналичных средств на расчетный счет организации.

4.8. Потребителю (заказчику) в соответствии с законодательством Российской Федерации исполнителем выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).

4.9. Исполнителем после исполнения договора выдаются потребителю (законному представителю потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

5. Ответственность исполнителя и контроль за предоставлением платных медицинских услуг

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинения вреда жизни и (или) здоровью при оказании гражданам платной медицинской помощи.

5.2. Вред, причиненный жизни (или) здоровью пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации. Возмещение причиненного вреда не освобождает медицинских работников от привлечения их к ответственности.

УВЕДОМЛЕНИЕ

Я, _____ г.р.,
(Ф.И.О., дата рождения)

уведомлен(а) о том, что несоблюдение рекомендаций врача, 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 моего здоровья.

Дата: _____ Пациент _____
(подпись)

ДОГОВОР ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № _____

«Заказчик» _____, с одной стороны, и **Общество с ограниченной ответственностью «Ирисмед»**, в лице директора Лоюковой Ирины Сергеевны, осуществляющее медицинскую деятельность по адресу: 305014 г. Курск, проспект Победы д.4 телефон +7 (4712) 39-30-10; 305003 г. Курск, ул. Бойцов 9-й Девизии, д.185 ж, телефон +7 (4712) 39-91-99, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», действующее на основании Устава (зарегистрировано 28 октября 2011 года ИФНС России по г. Курску, ОГРН 1114632010140, лицензия на осуществление медицинской деятельности ЛО-46-01-001664 от 24.08.2016г., выдана Комитетом Здравоохранения Курской области, находящемся по адресу: 305000, г. Курск, Красная площадь,6).

Виды 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;

При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, косметологии, с другой стороны, заключили договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется оказать на возмездной основе медицинские услуги, согласно нижеприведенному перечню платных медицинских услуг:

№	Наименование услуги	Кол-во	Цена	Скидка %, руб	Цена со скидкой
1					
2					
3					
4					
5					

1.2. Данный перечень услуг составлен согласно назначенному плану лечения в соответствии с причиной обращения, указанной в медицинской карте пациента форма 025У. (Федеральный закон №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Статья 2, пункт 4: «медицинская услуга - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение»).

1.3. При заключении Договора Заказчику (Потребителю) предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;
- информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- другие сведения, относящиеся к предмету Договора.

1.4. Услуги по договору осуществляются следующими медицинскими работниками:

1. _____
Ф.И.О и должность

2. _____
Ф.И.О и должность

2. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

2.1. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется, исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта, в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг.

2.2. Стороны согласны, что оплата медицинской услуги производится непосредственно в день оказания такой услуги, на основании Прейскуранта Исполнителя. Иной порядок и сроки оплаты могут быть предусмотрены в Дополнительном соглашении Сторон.

Заказчик (Потребитель) ознакомлен с Прейскурантом до подписания настоящего Договора.

2.3. Оплата осуществляется Заказчиком путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, либо иным, не запрещенным законом способом.

2.4. Исполнитель разъясняет, а Заказчик (Потребитель) понимает, что денежные средства, добровольно затраченные Заказчиком в рамках настоящего Договора, возврату через страховую компанию либо из других источников не подлежат, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.

2.5. По требованию Заказчика (Потребителя) на предоставление платных медицинских услуг может быть составлена Смета, которая, в случае ее составления, становится неотъемлемой частью Договора.

3. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

3.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Заказчика (законного представителя) и согласия приобрести медицинские услуги на возмездной основе за счет средств Заказчика.

3.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензиями на медицинскую деятельность, порядками, стандартами (в полном объеме порядков и стандартов, либо в объеме, превышающем соответствующий порядок и/или стандарт и/или в виде отдельных медицинских вмешательств – по соглашению сторон) и других документов, в соответствии с действующим законодательством РФ.

3.3. Заказчик предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.

3.4. Заказчик обязан соблюдать указания (рекомендации) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенный режим лечения. Несоблюдение указанных рекомендаций может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

3.5. В случае отказа полностью или частично от медицинских услуг в соответствии с планом лечения заказчик (потребитель) обязан подписать отказ от медицинской услуги.

3.6. Заказчик незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

3.7. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия Заказчика (законного представителя).

3.8. Исполнитель обязан предупредить Заказчика (потребителя) о необходимости предоставления дополнительных медицинских услуг в случае, если это потребуется при предоставлении услуг по договору.

3.9. Исполнитель обязан без взимания оплаты предоставить дополнительные медицинские услуги по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний в случаях, если необходимость в таких дополнительных услугах возникла при предоставлении платных медицинских услуг по договору.

3.10. Исполнителем после исполнения договора выдаются потребителю (законному представителю потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

4. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

4.1. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении.

4.2. С согласия Пациента или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, указанным Пациентом или его законным представителем.

4.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Пациента или его законного представителя допускается в случаях, установленных ст. 61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан.

4.4. Заказчик дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Заказчика, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору, в том числе хранение этих данных в клиентской базе и оповещение Заказчика (потребителя) посредством звонков либо смс рассылок о предоставляемых платных медицинских услугах.

4.5. Я даю свое согласие на фотографирование до и после с целью оценки результатов лечения.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ

5.1. Услуги по настоящему договору оказываются с даты заключения договора или дата определяется графиком, указанным в плане лечения.

5.2. В случае изменения сроков выполнения услуг одной из сторон она обязана уведомить другую сторону не позднее, чем за один день до планируемой даты оказания услуги.

5.3. Адреса предоставления услуг: 305014, г. Курск, проспект Победы, д.4; 305003, г. Курск, ул. Бойцов 9-й Дивизии, д.185ж.

5.4. Платные медицинские услуги предоставляются с соблюдением порядка оказания медицинской помощи по профилю косметология, утвержденного приказом Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации №384Н от 18.04.2012.

5.5. При оказании медицинских услуг по договору Исполнитель ведет медицинскую документацию в соответствии с приказом МинЗдрава России от 15.12.2014 №834Н.

5.6. Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

6.1. В случае неявки Заказчика (потребителя) в указанный срок предоставления услуги без уведомления Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

6.2. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.

6.3. Вред, причиненный жизни или здоровью Заказчика в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством РФ.

6.4. Заказчик несет ответственность за нарушение условий Договора об оплате услуг в соответствии с действующим законодательством РФ.

6.5. Исполнитель не несет ответственности в случаях:

- Возникновения осложнений по вине Заказчика (потребителя) (невыполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших отклонениях и нарушениях в состоянии здоровья)
- Прекращения лечения по инициативе Заказчика (пациента). В случае отказа потребителя от получения медицинских услуг договор расторгается.

6.6. В случаях, предусмотренных п. 7.4. - 7.5. Договора, Исполнитель вправе приостановить проведение лечебно-диагностических мероприятий (за исключением проведения лечения по жизненным показаниям / экстренной помощи).

7. РАССМОТРЕНИЕ СПОРОВ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

7.1. Заказчик обязан при наличии претензии к качеству и условиям предоставляемых медицинских услуг в тот же день информировать о данном факте Исполнителя любым доступным способом и не позднее 3 дней оформить письменную претензию.

7.2. Все споры по договору стороны стараются урегулировать в дружеском порядке путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ в суде по месту нахождения Исполнителя.

8. ПОДПИСИ СТОРОН

До заключения Договора Исполнитель уведомил в письменной форме Заказчика о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (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 Заказчика.

Исполнитель

ООО «Ирисмед»
305014, г. Курск проспект Победы д.4
Тел.: +7 (4712) 39-30-10
305003, г. Курск, ул. Бойцов 9-й Дивизии, д. 185ж
Тел.: +7 (4712) 39-91-99
ИНН 4632157902
ОГРН 1114632010140
P/c 40702810201600000440
В ОАО «Курскпромбанк»
K/c 30101810800000000708
БИК 043807708

Заказчик

ФИО _____
Паспорт: _____ номер _____
выдан: _____
Адрес: _____
Телефон: _____

«ИСПОЛНИТЕЛЬ» _____ / Лоюкова Ирина Сергеевна
(подпись)

(подпись) (инициалы)

М. П.

**СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных**

Я, ниже подписавшийся _____ **г.р.**,
(Ф.И.О., дата рождения)

проживающий по адресу _____,
в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Ирисмед» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, 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 Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы для внутреннего пользования.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный телефон(ы) _____ и почтовый адрес _____

Подпись субъекта персональных данных _____

**Информированное добровольное согласие
об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг**

Я, _____, дата рождения _____,
зарегистрированный(ая) по адресу: _____

заполняется при наличии:

Законный представитель Потребителя (пациента) _____
зарегистрированный(ая) по адресу: _____
действуя на основании _____

в рамках Договора, 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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. (далее –Перечень): на опрос; осмотр; антропометрические исследования для получения первичной медико-санитарной помощи\для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь в Обществе с ограниченной ответственностью «Ирисмед» (*выбрать нужное*) медицинским работником

(должность, ФИО медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены и мною осознаны цели, методы, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинского вмешательства, 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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Также, мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Сотрудником ООО «Ирисмед» мне разъяснена возможность проведения медицинской услуги на безвозмездной основе в муниципальном лечебно-профилактическом учреждении. Я согласен(на) оплатить услугу, я получил(а) информацию о стоимости медицинской услуги, о правилах ее оплаты и документах, подтверждающих этот факт.

2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

3. Проводимое лечение мне не гарантирует 100%-ного результата, при оказании медицинских услуг и после их оказания, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.

4. Я согласен(на) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятности возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ООО «Ирисмед» не несет ответственности за их возникновение.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей ООО «Ирисмед».

6. Я подтверждаю, что при подписании настоящего информированного согласия меня письменно уведомили о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников ООО «Ирисмед», в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на моем состоянии здоровья.

7. Я понимаю необходимость проведения медицинского вмешательства и предупрежден(а) о возможных побочных осложнениях, обусловленных биологическими особенностями организма, о последствиях и связанными с ними риском, включая не зависящие от соблюдения применяемой технологии (т.е. о непреднамеренном причинении вреда здоровью). В таком случае я согласен(согласна) на то, что ход медицинского вмешательства может быть изменен врачами по их усмотрению.

8. Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемых) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, принимаемых лекарственных средствах. Сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

9. Мне разъяснено, что в случаях, когда состояние пациента не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения будет неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве, о его виде и тактике проведения, в том числе дополнительном вмешательстве, в интересах пациента решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий врач.

10. Я имел(а) возможность задать интересующие меня вопросы врачу перед оказанием медицинской услуги.

Против записи данных о проведенной медицинской услуге на информационные или бумажные носители при условии сохранения врачебной тайны _____

возражаю\не возражаю

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на медицинские услуги мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения меня удовлетворяют, что подтверждаю своей подписью:

Подпись Заказчика (Потребителя):

_____ (_____)

Подпись медицинского работника

_____ (_____)

Дата оформления «__» _____ 201__ г

Дополнительное соглашение от «__» _____ 20__ г. № ____
к договору от «__» _____ 20__ г. № ____

Общество с ограниченной ответственностью «Ирисмед» (далее – ООО «Ирисмед»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Лоюковой Ирины Сергеевны, действующего на основании Устава.

(ФИО заказчика\законного представителя)
именуемый (-ая) в дальнейшем Заказчик, с другой стороны, а совместно именуемые Стороны, заключили настоящее
Дополнительное соглашение к Договору на оказание платных медицинских услуг от «__» _____ 20__ г. № ____
в целях определения Перечня медицинских услуг, оказываемых Заказчику и их стоимости подлежащей оплате.

Потребителем (пациентом) по настоящему Договору является (заполняется, если Пациент не является
Заказчиком): _____

(ФИО Потребителя)

1. Перечень оказываемых Исполнителем медицинских услуг:

В соответствии с настоящим Дополнительным соглашением Исполнитель оказывает Потребителю следующие
медицинские услуги (в соответствии с прейскурантом Исполнителя), которые добровольно, без какого-либо
принуждения и по согласованию с врачом выбраны Заказчиком.

Сроки оказания услуг «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.

№	Наименование услуги	Кол-во	Цена	Процент скидки	Сумма
Итого					

2. Заказчик настоящим подтверждает, что он согласен с объемом, перечнем и стоимостью медицинских услуг,
установленных в п.1 настоящего Дополнительного соглашения, и гарантирует их оплату.

3. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Дополнительным соглашением, стороны
руководствуются положениями Договора.

4. Настоящее Дополнительное соглашение вступает в силу с даты его подписания Сторонами.

5. В случае если Дополнительное соглашение заключается Заказчиком (который считается Потребителем) и
Исполнителем, оно составляется в 2-х экземплярах, один экземпляр остается у Исполнителя, один передается Заказчику.
Если Дополнительное соглашение заключается между Исполнителем и Заказчиком, не являющимся Потребителем по
Договору, то Дополнительное соглашение заключается в 3-х экземплярах, один экземпляр остается у Исполнителя, два
других передаются Заказчику и Потребителю.

**Исполнитель:
ООО «Ирисмед»**

305014, г. Курск, проспект Победы, д.4
Тел.: 8 (4712) 39 30 10
305003, г. Курск, ул. Бойцов 9 Дивизии, д. 185 ж
Тел.: 8 (4712) 39 91 99
ИНН 4632157902
ОГРН 1114632010140
Р/с 40702810201600000440
В ОАО «Курскпромбанк»
К/с 30101810800000000708
БИК 043807708

ЗАКАЗЧИК

ФИО _____
Паспорт: _____ номер _____
выдан: _____
Адрес: _____
Телефон: _____

«ИСПОЛНИТЕЛЬ» _____ / Лоюкова Ирина Сергеевна
М.П. (подпись)

_____ / _____
(подпись) (инициалы И.О.Фамилия)

Отказ от видов платных медицинских услуг (медицинских вмешательств), включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые Заказчик (Потребитель) дал информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

Я,

_____,
« _____ » _____ 19__ года рождения,
зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства Заказчика (Потребителя), либо законного представителя)

при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в Обществе с ограниченной ответственностью «Ирисмед», отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных 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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082 (далее – виды медицинских услуг (медицинских вмешательств):

Медицинским работником

(наименование вида услуги (медицинского вмешательства)

(должность, ФИО медицинского работника)

В доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

(подпись)

(ФИО Заказчика (Потребителя) или законного представителя)

(подпись) (ФИО медицинского работника)

Я удостоверяю, что текст моего добровольного отказа на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения меня удовлетворяют, что подтверждаю своей подписью:

(подпись)

(ФИО Заказчика (Потребителя) или законного представителя)

« _____ » _____ 20__ г.
(дата оформления)

Исполнитель:

ООО «Ирисмед»
305014, г. Курск, проспект Победы д.4
Тел.: + 7 (4712) 39-30-10
305003, г. Курск. Ул. Бойцов 9-й Дивизии 185ж
Тел.: + 7 (4712) 39-91-99
ИНН 4632157902
ОГРН 1114632010140
Р/с 40702810201600000440
В ОАО «Курскпромбанк»
К/с 30101810800000000708
БИК 043807708

Заказчик:

ФИО _____
Паспорт _____ номер _____
Выдан: _____
Адрес: _____
Телефон: _____

«ИСПОЛНИТЕЛЬ» _____ /Лююкова Ирина Сергеевна
(подпись)

_____/_____
(подпись) (инициалы)

М. П.

