

*Оказание платных медицинских услуг, включая консультацию (обследование), осуществляется только при наличии предварительно заключенного и подписанного Договора между Исполнителем и Пациентом (за исключением приема пациентов с острой болью). Основания:*

- *Федеральный закон РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (№323-ФЗ от 21.11.2011)*
- *Закон РФ «О защите прав потребителей» (№2300-1 от 07.02.1992)*
- *Постановление Правительства РФ «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» (ППРФ №1006 от 04.10.2012)*
- *Лицензия на осуществление медицинской деятельности*

## ДОГОВОР № \_\_\_\_\_

### на предоставление платных медицинских услуг

г. Санкт-Петербург \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Общество с ограниченной ответственностью «ПолиКлиника ЭКСПЕРТ», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Владимировой Светланы Юрьевны, действующего на основании Устава, с одной стороны и \_\_\_\_\_ именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, в дальнейшем совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

#### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель оказывает Пациенту медицинские услуги на возмездной основе, именуемые в дальнейшем «Услуги», согласно разрешительного перечня лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданной Комитетом по Здравоохранению Санкт-Петербурга (78-01-002729 от 26.04.2012г.), а Пациент обязуется их оплатить.

#### 2. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

##### 2.1. Исполнитель обязуется:

- 2.1.1. Предоставить квалифицированных специалистов для проведения медицинского обследования и лечения в соответствии с действующим прейскурантом на медицинские услуги.
- 2.1.2. Обеспечить соответствие предоставляемых Услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, лечения и профилактики, разрешенным на территории РФ.
- 2.1.3. Использовать в процессе оказания услуг только сертифицированные на территории РФ расходные материалы и оборудование надлежащего качества.
- 2.1.4. Соблюдать правила санитарно-эпидемиологического режима.
- 2.1.5. Информировать Пациента в доступной для понимания форме о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, диагнозе, прогнозе и существующих методах лечения, а также о связанных с ними рисках.
- 2.1.6. Информировать Пациента о необходимости, порядке прохождения, возможных осложнениях и предполагаемых результатах проводимых процедур.
- 2.1.8. Незамедлительно предупредить Пациента о возникших обстоятельствах, требующих изменения индивидуального плана лечения и/или грозящих качеству конечного результата оказываемых Услуг.
- 2.1.9. Предложить пациенту ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на планируемое медицинское лечебное или диагностическое вмешательство.
- 2.1.10. Уведомить Пациента в кратчайшие сроки о невозможности осуществления Услуг, с предоставлением Пациенту возможности их получения в другое время.

##### 2.2. Пациент обязуется:

- 2.2.1. Предоставить Исполнителю достоверную и полную информацию о состоянии своего здоровья, анамнезе жизни, развитии заболевания, о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях к проведению обследования, лечения и т.п.
- 2.2.2. Сообщать сотрудникам Исполнителя обо всех изменениях своего здоровья, в том числе по поводу проводимого лечения, на очередной консультации, процедуре или по тел. (812) 426-35-35.
- 2.2.3. Заполнить и удостоверить личной подписью настоящий договор.
- 2.2.4. Ознакомиться с «Информированным добровольным согласием» на проведение медицинского лечебного или диагностического вмешательства (процедуры) и удостоверить его личной подписью или, в



случае отказа от Услуги, подписать «Информированный добровольный отказ» от проведения медицинского лечебного или диагностического вмешательства.

2.2.5. Оказывать Исполнителю содействие в процессе проведения лечения: выполнять все назначения и рекомендации лечащего врача, соблюдать сроки, необходимые для осуществления качественных Услуг, и порядок получения результатов лечения, а также для их сохранения. При наличии медицинских показаний, обеспечивать своевременную явку на прием для предупреждения развития осложнений.

2.2.6. Подтверждать (по телефону или иным способом) за сутки до назначенного приема о своей явке на прием.

2.2.7. Своевременно являться на лечебные, контрольные и последующие профилактические приемы, а в случае невозможности явки предупредить об этом Исполнителя заблаговременно, не менее чем за 6 часов до назначенного времени, по тел. (812) 426-35-35.

2.2.8. Предварительно ознакомиться с действующим на момент получения Услуг прейскурантом Исполнителя.

2.2.9. Своевременно оплатить предоставленные Услуги согласно прейскуранту Исполнителя в порядке, предусмотренном настоящим Договором.

### **3. ПРАВА СТОРОН**

#### **3.1. Исполнитель имеет право:**

3.1.1. Отложить или отменить лечебное мероприятие, в том числе в день процедуры, в случае обнаружения у Пациента противопоказаний.

3.1.2. Перенести лечебное мероприятие на новый срок при опоздании Пациента на прием на 20 минут и более от назначенного времени приема.

3.1.3. Отменить назначенный прием в случае, если накануне не получено со стороны Пациента подтверждение (по телефону или иным способом) о предстоящей его явке на прием.

3.1.4. Расторгнуть договор в одностороннем порядке в случае неявки Пациента на прием трижды без предварительного уведомления Исполнителя не менее чем за 6 часов до назначенного времени.

3.1.5. В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной договором.

#### **3.2. Пациент имеет право:**

3.2.1. Выбрать день и время приема в соответствии с графиком работы персонала Исполнителя.

3.2.2. Перенести назначенный прием на другое время, уведомив об этом Исполнителя не позднее, чем за 6 часов до назначенного времени приема.

3.2.3. Перенести лечебное мероприятие на новый срок при задержке приема по вине Исполнителя на 20 минут и более от назначенного времени приема.

3.2.4. Получить, в доступной для понимания форме, информацию о состоянии здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, диагнозе, прогнозе и существующих методах лечения, а также связанных с ними рисках.

3.2.5. Расторгнуть договор в одностороннем порядке при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных расходов, связанных с оказанием Услуг Пациенту.

3.2.6. Пациенту гарантируются все права, определенные законодательством об охране здоровья граждан.

### **4. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

4.1. Стоимость оказанных Услуг определяется прейскурантом Исполнителя, действующим на день оказания медицинской услуги.

4.2. Оплата услуг производится Пациентом в рублях, в наличной и безналичной формах.

4.3. Услуги могут быть оплачены самим Пациентом, уполномоченной страховой компанией либо третьим заинтересованным физическим или юридическим лицом на основании счета, выставленного Исполнителем.

### **5. СРОК ДЕЙСТВИЯ, ИЗМЕНЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА**

5.1. Договор вступает в силу с момента подписания его обеими Сторонами и считается заключенным на неопределенный срок, если ни одна из Сторон не известит в письменной форме другую Сторону о намерении расторгнуть договор.

5.2. Настоящий договор может быть расторгнут ранее окончания срока действия в следующем порядке:

5.2.1. По инициативе Исполнителя:

5.2.1.1. При невыполнении Пациентом обязательств по оплате Услуг, в том числе нарушении сроков оплаты. Договор не может быть расторгнут на данном основании при наличии у Пациента состояния, создающего угрозу его жизни и требующего оказания ему скорой или неотложной помощи. При расторжении настоящего договора по данному основанию стоимость уже оказанных и оплаченных Услуг не возвращается. При оказании Услуг на сумму больше оплаченной Пациентом, Пациент обязан оплатить недостающую сумму за фактически оказанные Услуги.

5.2.1.2. При нарушении Пациентом плана диагностики и лечения, сроков и порядка осуществления манипуляций и процедур, нарушении рекомендаций по питанию, несоблюдении других врачебных рекомендаций и назначений, при отказе Пациента от необходимых обследований, что препятствует дальнейшему оказанию Услуг. В случаях, определенных настоящим пунктом, одностороннее расторжение настоящего договора по инициативе Исполнителя возможно только при наличии указанных планов



диагностики и лечения, режима процедур, диеты, рекомендаций и назначений в соответствующей медицинской документации и доведении ее содержания до сведения Пациента.

5.2.1.3. В случае систематических неявок на прием (более 3-х раз без предварительного уведомления Исполнителя согласно п.2.2.8.).

5.2.1.4. В случае требования Пациентом от Исполнителя Услуг, которые могут привести к нанесению вреда здоровью Пациента.

5.2.1.5. В случае злоупотребления Пациентом алкогольными и наркотическими средствами, действий Пациента, угрожающих жизни и здоровью персонала клиники.

5.2.2. По инициативе Пациента:

5.2.2.1. При расторжении настоящего договора по инициативе Пациента и при отсутствии вины Исполнителя, Пациент возмещает Исполнителю все фактически понесенные последним расходы. Стоимость уже оказанных Услуг не возвращается.

5.3. Стороны вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения настоящего Договора с обязательным уведомлением друг друга не позднее, чем за месяц и с обязательным предварительным расчетом по обязательствам.

5.4. С момента подписания настоящего договора предыдущий договор на предоставление платных медицинских услуг теряет юридическую силу.

## **6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ПО ДОГОВОРУ**

6.1. Исполнитель не несет ответственности за результат лечения и возникновение осложнений, если Пациент предоставляет неполную, искаженную информацию о себе (о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях и др.); отказывается от объективно необходимых обследований; отказывается от осуществления комплексного плана лечения или самовольно прерывает курс лечения; в случае наличия у Пациента индивидуальной непереносимости и/или патологической токсической реакции на лекарственные препараты, выявленные в процессе оказания Услуги. Кроме того, Исполнитель освобождается от ответственности за наступление непредсказуемых осложнений, не связанных с нарушением Исполнителем методик диагностики, профилактики и лечения.

6.2. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему договору если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, то есть препятствий чрезвычайного характера, находящихся вне разумного контроля сторон. Об обстоятельствах непреодолимой силы, сторона, подвергшаяся их воздействию, должна без промедления уведомить другую сторону, если только сами такие обстоятельства не будут этому препятствовать.

6.3. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.

## **7. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

7.1. Исполнитель обязуется хранить в тайне любую информацию и данные, предоставленные Пациентом или полученные в результате исследования, проводимого лечения, в соответствии с Договором, не раскрывать и не разглашать, в общем или в частности, факты или информацию какой-либо третьей стороне без предварительного письменного согласия Пациента, если это не противоречит действующему законодательству. Обязательства по конфиденциальности информации, наложенные настоящим Договором, не будут распространяться на общедоступную информацию, а также на информацию, которая станет известна не по вине Исполнителя.

7.2. Пациент дает согласие на обработку своих персональных данных в документальной и электронной форме, с возможностью осуществления сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), использования, обезличивания, блокирования, уничтожения персональных данных, автоматизированным и неавтоматизированным способом, в процессе оказания медицинской помощи в ООО «ПолиКлиника ЭКСПЕРТ» и др. лечебных учреждениях. Персональные данные, на обработку которых распространяется данное согласие, включают в себя данные, предоставленные Пациентом при оказании медицинской помощи, но не исключительно: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, семейное и служебное положение, образование, профессия, состояние здоровья, иная информация, необходимая для оказания медицинской помощи. Настоящее согласие действует без ограничения срока, если иное не установлено законодательством.

## **8. УВЕДОМЛЕНИЯ И СООБЩЕНИЯ**

8.1. Все уведомления и сообщения, связанные с исполнением настоящего договора, должны быть сделаны Сторонами в устной или письменной форме.

8.2. Стороны обязуются в трехдневный срок извещать друг друга об изменении своих адресов, телефонов, реквизитов.

8.3. Пациент дает согласие на информирование о проводимых мероприятиях у Исполнителя посредством электронной почты и SMS-рассылки.

8.4. Пациент дает свое согласие на получение результатов исследований, в том числе лабораторных, дистанционных консультаций, консилиумов по средствам незащищенных каналов связи (электронная почта, skype и прочего).

## **9. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

9.1. Все споры и разногласия по настоящему Договору разрешаются Сторонами путем:



- Переговоров при участии главного врача клиники, а при необходимости, экспертной комиссии из числа ведущих специалистов клиники или экспертов территориальных организаций.
- Направлением письменных претензий. При наличии претензий Стороны обязаны в десятидневный срок предоставить мотивированный ответ и учесть в дальнейшей работе требования, содержащиеся в претензии и признанные Сторонами справедливыми. В случаях, требующих экспертных решений, срок ответа на претензию может быть увеличен до 30 дней.

9.2. При недостижении согласия между Сторонами споры рассматриваются в судебном порядке согласно действующего законодательства РФ.

### 10. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

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

10.2. Неотъемлемой частью договора является Медицинская карта амбулаторного больного Пациента; Информированные добровольные согласия на все виды медицинских вмешательств.

10.3. Медицинская карта амбулаторного больного Пациента хранится у Исполнителя с одним экземпляром договора в течение срока, установленного действующим законодательством.

### 11. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:

ООО «ПолиКлиника ЭКСПЕРТ»

Юридический адрес:

197110, Россия, г. Санкт - Петербург,

ул. Пионерская, д.63, лит.А, пом.1Н

тел.: (812) 426-35-35

сайт: [www.expert-clinica.ru](http://www.expert-clinica.ru)

ИНН 7813446154

КПП 781301001

Р/сч 40702810022030000282

в филиале «САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКАЯ

ДИРЕКЦИЯ ОАО «УРАЛСИБ»

г. Санкт-Петербург

К/сч 30101810800000000706

БИК 044030706

Генеральный директор \_\_\_\_\_

Владимирова С.Ю.

МП

Пациент:

\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_

дата \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_ г. выдачи

\_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_

## Информированное добровольное согласие

на виды 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

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

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающий по адресу:

\_\_\_\_\_  
(адрес гражданина или законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды 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 Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Минюстом России 5 мая 2012 г. № 24082), (далее – Перечень видов медицинских вмешательств) при оказании мне или лицу, чьим законным представителем Я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «ПолиКлиника ЭКСПЕРТ».

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. лица, от имени которого, выступает законный представитель)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающий по адресу:

\_\_\_\_\_  
(адрес лица, от имени которого, выступает законный представитель)

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

Я ознакомлен с Перечнем видов медицинских вмешательств, в доступной для Меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в Перечень видов медицинских вмешательств, Я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства 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» (Собрание законодательства Российской Федерации 2011. №48, ст. 6724; 2012. №26, ст.3442, 3446).

Сведения о выбранных Мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. № 323ФЗ «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)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

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

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления информированного добровольного согласия)



## Перечень 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):

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.