

Уведомление законного представителя пациента о несоблюдении назначений (рекомендаций врача) при оказании пациенту платных медицинских услуг

На основании пункта 24 раздела IV Постановления Правительства РФ от 11.05.2023 N 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006", подтверждаю, что до заключения договора Исполнитель в письменной форме уведомил меня (Законного представителя пациента) 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 Пациента.

Законный представитель пациента _____ / _____ / « _____ » _____ 20 г

ДОГОВОР

на оказание платных медицинских услуг № _____

г. Москва _____ 20 ____ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Сеть Семейных Медицинских Центров Регион №2» (ОГРН 1186234006628 от 28 апреля 2018г., выдан Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 46 по г. Москве), именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице _____, действующего на основании доверенности № _____ от _____ г., с одной стороны, и гражданин (гражданка) _____, именуемый(ая) в дальнейшем "Законный представитель пациента", представляющий(ая) законные интересы несовершеннолетнего(ей)/недееспособного _____ г.р., именуемого(ой) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, вместе в дальнейшем именуемые "Стороны", заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется оказывать Пациенту медицинские услуги, по своему профилю деятельности, в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, а Законный представитель пациента оплачивать предоставленные услуги в соответствии с прейскурантом Исполнителя и настоящим договором.

1.2. Платные медицинские услуги предоставляются Исполнителем на основании перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л041-01183-62/00563202 от 28 июня 2021 г., срок действия – бессрочно, выданной Министерством здравоохранения Рязанской области (ул. Свободы, 32, Рязань, Рязанская обл., 390006, тел. 8 (491) 227-08-06).

Адреса осуществления медицинской деятельности: 300026, Тульская область, г. Тула, ул. Рязанская, д. 1, 390013, Рязанская область, г. Рязань, Заводской проезд, д.1, помещения Н13, Н14, Н14/1, Н21, этаж №1, цокольный.

1.3. Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации, с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.

1.4. Подписанием настоящего договора Законный представитель пациента подтверждает, что на момент подписания договора Исполнитель беспрепятственно предоставил возможность, в наглядной и доступной форме ознакомиться и получить, следующие сведения об Исполнителе и предоставляемых им платных медицинских услугах:

- адрес юридического лица в пределах места нахождения юридического лица (территориально обособленного структурного подразделения юридического лица);
- основной государственный регистрационный номер, идентификационный номер налогоплательщика;
- адрес сайта Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" (далее - сеть "Интернет");
- информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- выписку из единого государственного реестра юридических лиц;
- правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 N 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006") (далее – Правила);
- стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги;
- сроки ожидания платных медицинских услуг;
- сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;
- график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- образцы договоров на оказание платных медицинских услуг;
- информацию 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; информация о платных медицинских услугах;
- действующий перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации;
- прейскурант на медицинские услуги, утвержденный в установленном порядке;
- сроки и порядок оплаты медицинских услуг;
- условия предоставления платных медицинских услуг;

- положение о предоставлении платных медицинских услуг,
- положение о гарантийных обязательствах и сроках службы при оказании платных медицинских (стоматологических) услуг (Положение о гарантиях).
- Я подтверждаю, что уведомлен о стоимости услуг планируемых к оказанию в случае самостоятельной записи на прием.

Законный представитель пациента _____ / _____ /

1.5. Установленные в медицинской организации видеонаблюдения, направлены на рабочие места сотрудников медицинской организации и функционируют исключительно с целью обеспечения контроля соблюдения прав пациентов, при оказании им медицинской помощи и качества предоставляемых медицинских услуг, в условиях обеспечения режима сохранения персональных данных пациентов, Законных представителей пациентов и врачебной тайны.

1.6. Требования к платным медицинским услугам, в том числе к их объему и срокам предоставления, определяются по соглашению сторон договора, если федеральными законами или иными нормативными правовыми актами Российской Федерации не предусмотрены другие требования.

1.7. Платные медицинские услуги должны соответствовать номенклатуре медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию Законного представителя пациента.

1.8. Перечень требуемых, Пациенту, однократно, либо многократно, платных медицинских услуг, в том числе дополнительных, предоставляемых в рамках настоящего договора, определяется как при записи Пациента на прием, так и назначениями, сделанными врачом-специалистом/врачами-специалистами на приеме. Ознакомление Законного представителя пациента с назначенными врачом/врачами на приеме дополнительными платными медицинскими услугами и их стоимостью подтверждается подписью Законного представителя пациента в протоколе приема и/или акте согласования стоимости дополнительных услуг и/или расчете стоимости медицинских услуг (калькуляции) и означает согласие Законного представителя пациента на оказание Пациенту той или иной дополнительной платной медицинской услуги.

1.9. Подписывая настоящий договор, Законный представитель пациента подтверждает, что обращаясь к Исполнителю за получением требуемой Пациенту, либо назначенной ему врачом/врачами любой платной медицинской услуги/услуг, Законный представитель пациента проинформирован об ее/их стоимости и обязуется ее/их оплатить по завершении ее/их оказания.

1.10. Сроки предоставления медицинских услуг, конкретизируются Исполнителем по соглашению с Законным представителем пациента исходя из общего соматического статуса Пациента, его психоэмоционального состояния, наличия у Законного представителя пациента и врача/специалиста свободного времени, с учетом графика работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, остроты клинической ситуации, наличия возможности и необходимого медицинского оборудования.

2. Обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Предоставить для ознакомления информацию об Исполнителе, в соответствии с Правилами путем размещения ее на информационном стенде (стойке ресепшен) по месту предоставления медицинских услуг, а также на сайте Исполнителя.

2.1.2. До заключения договора в письменной форме уведомить Законного представителя пациента 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 Пациента.

2.1.3. Предупредить Законного представителя пациента в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором. Без согласия Законного представителя пациента Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.1.4. По заявлению Законного представителя пациента выдать ему медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья в сроки, предусмотренные действующим законодательством.

2.1.5. Платные медицинские услуги предоставить при наличии информированного добровольного согласия Законного представителя пациента, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

2.1.6. Предоставить Законному представителю пациента по его требованию и в доступной для него форме информацию: о состоянии здоровья Пациента, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения; об используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности, показаниях (противопоказаниях) к применению.

2.1.7. При оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

2.1.8. Довести до Законного представителя пациента информацию о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации. Известить, что обращения, содержащие финансовые требования, связанные с некачественным оказанием услуг и причинением вреда здоровью при обращении к Исполнителю направляются по фактическому или юридическому адресу места нахождения Исполнителя по почте России или очно под отметку о приеме, остальные обращения (жалобы) содержащие финансовые требования могут быть направлены на адрес электронной почты info@semeupa.ru или через форму обратной связи на сайте медицинской организации <https://semeupa.ru>, мессенджеры Исполнителя.

2.1.9. По запросу Законного представителя пациента выдать в соответствии с приказом Минздрава России от 14.09.2020 N 972н "Об утверждении Порядка выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений", такие медицинские документы как медицинское заключение и справка, отражающие состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг в срок, не превышающий 3 рабочих дней.

2.1.10 По требованию Законного представителя пациента составить смету на предоставление платных медицинских услуг, при этом она будет являться неотъемлемой частью договора.

2.2. Законный представитель пациента обязуется:

2.2.1. Своевременно и в полном объеме оплатить медицинские услуги, оказанные Исполнителем, в сроки и в порядке, установленными настоящим договором.

2.2.2. Предварительно, до получения платной медицинской услуги/платных медицинских услуг, ознакомиться с информацией, утвержденной Исполнителем, размещенной на информационном стенде (стойке ресепшн) по месту предоставления услуг, в том числе со стоимостью предстоящей платной медицинской(ких) услуги/услуг.

2.2.3. В случае нахождения Пациента на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности Пациента, и правила поведения в медицинских организациях.

2.2.4. В соответствии Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» своей волей и в своем интересе

настоящим Законный представитель пациента подтверждает свое согласие на обработку своих / Пациента персональных данных Оператором – Исполнителем. Законный представитель пациента подтверждает свое согласие с тем, что обработка персональных данных Пациента / Законного представителя пациента и сведений, отнесенных к врачебной тайне (Пациента), осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, ведения учета и систематизации оказанных услуг, в целях исполнения условий договоров по привлечению Пациентов, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований. В целях улучшения качества обслуживания, проведения оценки эффективности маркетинговых программ и качества медицинской помощи, настоящим также Законный представитель пациента дает свое согласие на получение информации об услугах исполнителя в виде sms-сообщений, по e-mail (электронной почте) и телефону на указанный номер телефона и адрес электронной почты.
 Даю / не даю согласие (нужное обвести) _____ (подпись Законного представителя пациента) на обработку персональных данных, на использование моего номера телефона, адреса электронной почты для улучшения качества обслуживания, проведения оценки эффективности маркетинговых программ и качества медицинской помощи.

3. Цена договора, порядок расчетов

- 3.1. Стоимость услуг, оказываемых Пациенту, определяется исходя из объема оказанных услуг, согласованных Законным представителем пациента, по ценам, действующим на период оказания услуг и указанных в Прейскуранте.
 3.2. Законному представителю пациента в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).
 3.3. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения внезапно возникшей угрозы жизни Пациента такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
 3.4. Услуги Исполнителя могут быть оплачены Законным представителем пациента, Заказчиком, либо третьими лицами в порядке, отдельно определенном Сторонами.
 3.5. Услуги, оказываемые Пациенту, по договору, заключенному между Законным представителем пациента и страховой медицинской организацией _____ (наименование страховщика по добровольному медицинскому страхованию при наличии), оказываются за счет страховой медицинской организации в соответствии с наполнением страховой программы согласованной при заключении договора между Законным представителем пациента и страховой медицинской организацией. В случае превышения наполнения согласованной страховой программы, оплата производится Законным представителем пациента по Прейскуранту Исполнителя.
 3.6. В случае оказания Пациенту услуг по Договору добровольного медицинского страхования Законным представителем пациента оплачиваются услуги Исполнителя в соответствии с порядком оплаты медицинских услуг с обязательным применением франшизы, в случае если такой порядок оплаты предусмотрен Договором.

4. Ответственность

- 4.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.
 4.2. Вред, причиненный Исполнителем жизни или здоровью Пациента в результате предоставления ему некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

5. Порядок изменения и расторжения договора

- 5.1. Настоящий договор может быть изменен или расторгнут по соглашению Сторон.
 5.2. В случае отказа Законного представителя пациента после заключения договора от получения медицинских услуг - договор расторгается. Исполнитель информирует Законного представителя пациента о расторжении договора по инициативе Законного представителя пациента, при этом Законный представитель пациента оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.
 5.3. Законный представитель пациента вправе отказаться от исполнения договора возмездного оказания услуг при условии оплаты исполнителю фактически понесенных им расходов.
 5.4. Договор между Законным представителем пациента и Исполнителем, составляется в 2 экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу (кроме случаев заключения договора дистанционным способом). Договор хранится в порядке, определенном законодательством Российской Федерации об архивном деле в Российской Федерации.

6. Адреса и реквизиты сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ	ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ПАЦИЕНТА
ООО "ССМЦ Регион №2"	Ф.И.О.:
Адрес: 390013, Рязанская область, г Рязань, Заводской проезд, д. 1, помещ.ком н14/36	Адрес места жительства:
ИНН / КПП 6234177090/ 623401001	Паспорт: серия _____ № _____ Кем выдан: _____ Дата выдачи: _____
Телефон: (495) 662 5885	e-mail: Телефон:
По доверенности Подпись / _____ /	Подпись / _____ /