|  |  |
| --- | --- |
| ПАСПОРТ |  |
| СЕРИЯ /НОМЕР  |  |
|  МЕСТО ВЫДАЧИ |  |
| КОГДА ВЫДАН  |  |
| КОД ПОДР |  |

# УВЕДОМЛЕНИЕ

(в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утв. постановлением Правительства РФ от

04.10.2012 № 1006)

Настоящим Пациент (Заказчик) подтверждает, что до заключения договора он уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

Пациент (Заказчик) также подтверждает, что Исполнитель предоставил ему в доступной форме 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. Также Заказчик подтверждает, что до подписания настоящего Договора ознакомился с утвержденными Исполнителем Прейскурантом и иными документами.

(собственноручно полностью **ФИО пациента, подпись)**

(ФИО законного представителя лица, не достигшего возраста 15 лет, или больного наркоманией, не достигшего возраста 16 лет, или лица, признанного в установленном

порядке недееспособным, подпись)

# СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

В соответствии с Федеральным законом от 27.07. 2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»,

даю оператору - ООО Лахта Клиника, находящемуся по адресу: 197183, Россия, г. Санкт-Петербург, улица Дибуновская, дом 50, лит А., согласие на обработку моих персональных данных (персональных данных Пациента), в том числе: фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату и место рождения, паспортные данные или данные другого документа, удостоверяющего личность, адрес регистрации и фактического проживания, номера домашнего и мобильного телефонов, адресов электронной почты, сведений о состоянии здоровья, заболеваниях и о случаях обращения в медицинские организации, для чего предоставляю право осуществлять все действия с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, на передачу моих данных органам власти и организациям, осуществляющим контроль качества оказания мне медицинских услуг, в иные медицинские организации, в другие организации, с которыми у оператора имеются договорные отношения, только с моего письменного согласия, если иное не предусмотрено действующим законодательством РФ. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные в ручном и/или автоматизированном режиме посредством включения их в электронные базы данных оператора.

Настоящее согласие выдано без ограничения срока и может быть отозвано на основании моего письменного заявления.

(собственноручно полностью ФИО пациента, подпись)

(ФИО законного представителя лица, не достигшего возраста 15 лет, или больного наркоманией, не достигшего возраста 16 лет, или лица, признанного в установленном

порядке недееспособным, подпись)

# АНКЕТА

(заполняется для оформления медицинской карты амбулаторного больного форма 025/у-04)

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия:  | Пол: Ж/М |
| Имя:  | Место работы: |
| Отчество:  |  |
| Дата рождения:  | Должность:  |

Контактный телефон (-ы)

Домашний адрес

Адрес электронной почты

предоставляя электронный адрес, даю согласие на получение информации, в том числе медицинской, по электронной почте

(ФИО законного представителя лица, не достигшего возраста 15 лет, или больного наркоманией, не достигшего возраста 16 лет, или лица, признанного в установленном порядке недееспособным, подпись)

Как Вы узнали о Клинике? [ ] - Интернет [ ] - СК [ ] - Наружная реклама [ ] - От знакомых [ ] - Иное

|  |  |
| --- | --- |
| **Для заполнения администратором Клиники:**Страховая компания  | (собственноручно полностью ФИО пациента, подпись) |
| № полиса  |  срок действия до  |
| Программа  |  |
| Другое  |  |
| Диспетчер Страховой компании  |  |

Администратор Клиники

# ДОГОВОР № \_\_\_\_\_\_ ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Санкт-Петербург «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_ г.

Общество с ограниченной ответственностью ООО Лахта Клиника, Лицензия № ЛО-78-01-011337 от 09.12.2020, выдана Комитетом по здравоохранению г. Санкт-Петербурга, именуемое в дальнейшем «Исполнитель» в лице генеральный директор Краснолуцкого Кирилла Геннадьевича, действующего на основании Устава, с одной стороны и гражданин(-ка) РФ

в дальнейшем именуемый(-ая) «Заказчик или лицо, в интересах которого Заказчиком заключен Договор» (далее по тексту Пациент), действующий(ая) в интересах

(в случае заключения договора в пользу другого лица, либо заключения договора в интересах лица, не достигшего возраста 14 лет, или больного наркоманией, не достигшего возраста 16 лет, или лица, признанного в установленном порядке недееспособным)

с другой стороны, именуемые в дальнейшем совместно «Стороны», заключили настоящий договор (далее – «Договор») о нижеследующем.

1. **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**
	1. Клиника на основании обращения Заказчика обязуется оказать Пациенту платные медицинские услуги (далее – «Медицинские услуги»), а Заказчик уплачивает Клинике вознаграждение в размере, порядке и сроки, установленные настоящим Договором.
	2. Клиника оказывает услуги по месту своего нахождения по адресу: 197183, Россия, Санкт-Петербург, улица Дибуновская, дом 50, литер А, помещение 47Н, 49Н, 50Н, 51Н
	3. Пациент также имеет право на получение платных немедицинских услуг (в том числе бытовых, сервисных, транспортных и иных услуг), предоставляемых Клиникой дополнительно при оказании медицинских услуг.
2. **ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**
	1. **Клиника обязуется:**
		1. Оказать медицинские услуги, предусмотренные настоящим Договором.
		2. Не разглашать врачебную тайну, руководствуясь действующим законодательством РФ.
		3. Обеспечить Заказчика и Пациента бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах.
		4. Предоставить Заказчику, Пациенту информацию о медицинских работниках (ФИО), их образовании и медицинской специализации.
		5. Представлять Пациенту информацию о состоянии его здоровья, в том числе о заболевании, диагнозе, методах лечения. Ознакомить Пациента с результатами осмотра, диагнозом, возможными вариантами лечения и ориентировочной стоимостью лечения, а при возникновении необходимости их изменения – согласовать такие изменения с Пациентом.
		6. После окончания лечения выдать Пациенту медицинские документы (выписку из медицинской карты (выписной эпикриз)).
	2. **Пациент обязуется:**
		1. Предоставить Клинике известную ему информацию и документы о состоянии своего здоровья.
		2. Давать информированные добровольные согласия на медицинские вмешательства (медицинские услуги) в письменной форме.
		3. Выполнять все указания и рекомендации медицинских работников Клиники, связанные с оказанием медицинских услуг.
		4. Являться на медицинский прием в согласованное Сторонами время. В случаях обстоятельств, препятствующих явке для получения услуг, Пациент информирует Клинику о таком обстоятельстве заблаговременно.
		5. Подписывать документы об оказании медицинских услуг (счет-акт). В случае отказа от подписания счета-акта без мотивировки причин отказа или отсутствия в момент окончания оказания услуги Пациента или иного уполномоченного им лица, в счете-акте делается пометка об этом, и счет-акт подписывается Клиникой в одностороннем порядке.
		6. Кроме того Пациент обязан:
3. информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях до оказания ему медицинской помощи;
4. незамедлительно ставить в известность Клинику о любых изменениях самочувствия (дискомфорте, беспокойстве), связанных со своим здоровьем, а также о других обстоятельствах, которые могут повлиять на достижения запланированных результатов оказываемых медицинских услуг (лечения);
5. соблюдать режим работы Клиники.
	* 1. Бережно относиться к имуществу Клиники. В случае причинения ущерба Клинике вследствие утраты или порчи имущества, вызванного деянием Пациента и/или лиц его сопровождающих, Пациент обязуется в течение трех календарных дней возместить Клинике нанесенный ущерб в полном объеме.
	1. **Клиника имеет право:**
		1. Самостоятельно определять вид и объем диагностики, профилактики и лечения, количество и виды медицинских манипуляций и вмешательств, необходимых для оказания медицинских услуг (лечения) Пациенту, при условии дачи Пациентом информированного добровольного согласия на проведение соответствующих медицинских манипуляций и вмешательств.
		2. Получать от Пациента сведения и медицинские документы о состоянии его здоровья, необходимые для оказания медицинских услуг.
		3. Отказать во врачебном приеме Пациенту и/или в оказании ему медицинских услуг в случаях:
6. если есть подозрения (соматические проявления), что Пациент находится в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
7. в действиях Пациента есть угроза жизни или здоровью работников Клиники и/или Пациент не следует рекомендациям работников Клиники;
8. если Пациент отказывается предоставить известную ему информацию и документы о состоянии своего здоровья (в рамках сбора анамнеза);
9. неоплаты медицинских услуг.
	* 1. При необходимости привлекать сторонние медицинские организации и специалистов с соответствующей квалификацией для оказания медицинских услуг по согласованию с Пациентом.
		2. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача (медицинского работника) или врача, ранее оказывающего услуги, назначить другого врача (медицинского работника) для оказания услуг Пациенту по согласованию с Пациентом.
		3. Перенести прием Пациента на ближайшие свободные для записи день/время в случае его опоздания более чем на половину времени от назначенного приема.
	1. **Пациент имеет право:**
		1. Получать информацию о состоянии своего здоровья, перечне, стоимости и результатах оказываемых услуг.
		2. Получать медицинские услуги (медицинскую помощь, лечение).
		3. Выбрать лечащего врача (медицинского работника) из персонала Клиники.
		4. Отказаться от получения медицинских услуг с подписанием отказа от медицинского вмешательства, предусмотренного законодательством РФ. В этом случае Пациент оплачивает расходы, понесенные Клиникой на момент такого отказа от услуг.
		5. Указать граждан, которым может быть передана информация о состоянии его здоровья.
10. **ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА**
	1. Условия, объем и характер медицинских услуг устанавливается на основании предварительного диагноза. При необходимости Сторонами может быть согласована твердая или приблизительная смета на виды и стоимость оказываемых услуг (далее - «Смета»).
	2. Срок оказания медицинских услуг определяется, исходя из объема профилактических, диагностических и лечебных мероприятий.Услуги оказываются в согласованные с Пациентом сроки, определенные до начала лечения.
11. **ПОРЯДОК ОПЛАТЫ**
	1. Стоимость оказываемых Клиникой медицинских услуг определяется в соответствии с Прейскурантом Клиники, действующем на дату оказания медицинской услуги.
	2. Услуги оплачиваются Заказчиком после каждого посещения Клиники (врачебного приема) в момент выставления счета Клиникой, за исключением случаев, предусмотренных настоящим Договором. Клиника вправе определить перечень услуг, по которым осуществляется предоплата, с доведением соответствующей информации до Заказчика, Пациента.
	3. Датой оплаты денежных средств считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Клиники или день внесения денежных средств в кассу.
	4. По согласованию Сторон дорогостоящие медицинские услуги оказываются Клиникой на основании Сметы, подписанной Пациентом, и оплачиваются на основании счета в день его выставления. Порядок оплаты может быть изменен по согласованию Сторон в Смете*.*
	5. В случае наличия у Пациента действующего договора добровольного медицинского страхования со страховой компанией (при условии того, что между такой страховой компанией и Клиникой заключен и действует договор на оказание медицинских услуг) услуги Клиники, покрываемые действующим страховым полисом Пациента, оплачивает такая страховая компания. Услуги, не оплачиваемые страховой компанией, оплачиваются Пациентом в соответствии с п. 4.2 настоящего Договора самостоятельно.
	6. Пациент подтверждает *(дает согласие)* возможность оплаты оказанных ему услуг третьими лицами, в том числе организациями и страховыми компаниями. В случае оплаты услуг полностью или частично организациями или страховыми компаниями Пациент дает добровольное согласие на передачу указанным организациям или страховым компаниям своих персональных данных, а также информации, составляющей врачебную тайну, с целью исполнения договоров о добровольном медицинском страховании или об оказании медицинских услуг.
	7. Возврат излишне уплаченных денежных средств по настоящему Договору возможен только тем же способом, каким была произведена оплата. При оплате банковской картой денежные средства возвращаются на банковскую карту, с которой была совершена оплата, при условии предоставления банковской карты, паспорта плательщика и заявления на возврат денежных средств. При оплате наличными средствами, денежные средства возвращаются Пациенту наличными в кассе Клиники при условии предоставления паспорта и заявления на возврат денежных средств.
	8. В случае оказания Пациенту медицинских услуг, носящих комплексный характер (например, программа годового медицинского обслуживания, программа медицинского обслуживания Check-Up, программа ведения беременности и/или иные комплексные медицинские услуги, предусмотренные Прейскурантом Клиники), и отказа Пациента от соответствующих услуг до момента их оказания Клиникой в полном объеме, в том числе в случае досрочного расторжения Договора по основаниям, указанным в пунктах 7.2. и 7.4 настоящего Договора, Пациенту или оплатившему такие комплексные медицинские услуги лицу (в случае оплаты медицинских услуг иным лицом по распоряжению Заказчика) производится возмещение суммы уплаченной стоимости комплекса медицинских услуг в соответствии с нижеследующим:
		1. **«Принцип фактически оказанных услуг»:** Возмещению подлежит разница между стоимостью комплексной медицинской услуги и стоимостью фактически оказанных медицинских услуг, рассчитываемой на основании Прейскуранта, действующего на момент отказа Пациента от оказания комплексной медицинской услуги в полном объеме, а в случае возмещения в связи с досрочным расторжением Договора – на основании Прейскуранта, действующего на момент расторжения настоящего Договора.
12. **ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**
	1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

**5.2.** Пациент понимает, что неисполнение и/или ненадлежащее своих обязательств по настоящему Договору (в частности, не предоставление, либо несвоевременное предоставление Пациентом достоверной информации и всех имеющихся документов о состоянии его здоровья, в том числе, об обстоятельствах заболевания и опыте применения лекарственных препаратов в связи с заболеванием, о непереносимости отдельных лекарственных препаратов и методов лечения, а также их сочетания, а также в случае несоблюдения Пациентом графика наблюдения у врача, в том числе - информирования о состоянии его здоровья в процессе лечения в оговоренных временных рамках) может негативно отразиться на результатах оказания медицинских услуг.

1. **ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ**
	1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров. С целью урегулирования разногласий Стороны вправе согласовать проведение медицинского консилиума и/или медицинской экспертизы.
	2. При недостижении согласия в процессе переговоров спорных вопросов, споры подлежат рассмотрению в судебном порядке.
2. **СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ**
	1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует в течение одного года или до фактического выполнения обязательств, принятых Сторонами по настоящему Договору. Действие настоящего Договора пролонгируется на каждый последующий календарный год, если ни одна из Сторон не заявит о расторжении настоящего Договора предварительно за 30 (Тридцать) календарных дней до прекращения действия настоящего Договора.
	2. Настоящий Договор может быть изменен либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон.
	3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны Сторонами.
	4. Настоящий Договор может быть досрочно прекращен в одностороннем порядке любой из Сторон в случае невыполнения другой Стороной обязательств по настоящему Договору.
3. **КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**
	1. Стороны признают, что сведения о факте обращения Пациента за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при оказании услуг по настоящему договору, составляют врачебную тайну и охраняются в соответствии с действующим законодательством РФ.
	2. Пациент даёт своё согласие на передачу Исполнителю по настоящему Договору, а также, в случае возникновения необходимости, иным медицинским организациям (скорая медицинская помощь, лаборатории, а в случае перенаправления пациентов - партнерские медицинские организации) сведений, составляющих врачебную тайну. Пациент осведомлён, что сведения, составляющие врачебную тайну, содержат следующую информацию: информацию о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе заболевания и иные сведения, полученные при диагностике и лечении.
	3. В случае оплаты оказываемых Пациенту услуг его работодателем, страховой компанией, благотворительным фондом и т.п. в соответствии с договором, заключенным таким лицом с Исполнителем или Пациентом/Заказчиком, Пациент соглашается на передачу данному лицу сведений, составляющих врачебную тайну в целях отчетности Исполнителя об оказанных Пациенту услугах.
4. **ИНЫЕ УСЛОВИЯ**
	1. Дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.
	2. Настоящий Договор составлен в 2 (Двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.
5. **ПОДПИСИ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **КЛИНИКА** | **ПАЦИЕНТ** |
| Общество с ограниченной ответственностью«Лахта Клиника» (ООО «Лахта Клиника»)ИНН 7814481842 /КПП 781401001,ОГРН 1107847358244,Банковские реквизиты: р/счет 40702810002890038582 в ПАО АКБ"АВАНГАРД", к/счет 30101810000000000201, БИК 044525201Лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01148-78/00345048 выдана бессрочно 09.12.2020 Комитет по здравоохранениюг. Санкт-Петербурга191023, Россия г. Санкт-Петербург уд. Малая Садовая д.1Адрес места нахождения: 197183, Россия, г. Санкт-Петербург, улицаДибуновская, дом 50, лит А, помещение 47Н, 49Н, 50Н, 51Н.Контактные тел. (единый телефон): +7 (812) 640 28 68электронный адрес: info@lahtaclinic.ru | *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*Паспортные данные (серия, номер, кем и когда выдан)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*адрес места жительства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_контактный телефон* |
| Генеральный директорКраснолуцкий К.Г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *подпись*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*расшифровка подписи* |
|  |  |
| **ЗАКАЗЧИК** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*Паспортные данные (серия, номер, кем и когда выдан)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*адрес места жительства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_контактный телефон*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *подпись*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*расшифровка подписи* |  |

 Приложение № 2
 к приказу Министерства здравоохранения

Российской Федерации
 от 20.12.2012 № 1177н

(в ред. Приказа Минздрава России
от 10.08.2015 № 549н)

**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**

Я,

(Ф.И.О. гражданина)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| “ |  | ” |  |  |  | г. рождения, зарегистрированный по адресу: |

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

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. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

 .

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 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 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф.И.О. медицинского работника) |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| “ |  | ” |  |  |  | г. |

(дата оформления)

#

# ДОГОВОР № \_\_\_\_\_\_ ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Санкт-Петербург «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_ г.

Общество с ограниченной ответственностью ООО Лахта Клиника, Лицензия № ЛО-78-01-011337 от 09.12.2020, выдана Комитетом по здравоохранению г. Санкт-Петербурга, именуемое в дальнейшем «Исполнитель» в лице генеральный директор Краснолуцкого Кирилла Геннадьевича, действующего на основании Устава, с одной стороны и гражданин(-ка) РФ

в дальнейшем именуемый(-ая) «Заказчик или лицо, в интересах которого Заказчиком заключен Договор» (далее по тексту Пациент), действующий(ая) в интересах

(в случае заключения договора в пользу другого лица, либо заключения договора в интересах лица, не достигшего возраста 14 лет, или больного наркоманией, не достигшего возраста 16 лет, или лица, признанного в установленном порядке недееспособным)

с другой стороны, именуемые в дальнейшем совместно «Стороны», заключили настоящий договор (далее – «Договор») о нижеследующем.

1. **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**
	1. Клиника на основании обращения Заказчика обязуется оказать Пациенту платные медицинские услуги (далее – «Медицинские услуги»), а Заказчик уплачивает Клинике вознаграждение в размере, порядке и сроки, установленные настоящим Договором.
	2. Клиника оказывает услуги по месту своего нахождения по адресу: 197183, Россия, Санкт-Петербург, улица Дибуновская, дом 50, литер А, помещение 47Н, 49Н, 50Н, 51Н
	3. Пациент также имеет право на получение платных немедицинских услуг (в том числе бытовых, сервисных, транспортных и иных услуг), предоставляемых Клиникой дополнительно при оказании медицинских услуг.
2. **ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**
	1. **Клиника обязуется:**
		1. Оказать медицинские услуги, предусмотренные настоящим Договором.
		2. Не разглашать врачебную тайну, руководствуясь действующим законодательством РФ.
		3. Обеспечить Заказчика и Пациента бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах.
		4. Предоставить Заказчику, Пациенту информацию о медицинских работниках (ФИО), их образовании и медицинской специализации.
		5. Представлять Пациенту информацию о состоянии его здоровья, в том числе о заболевании, диагнозе, методах лечения. Ознакомить Пациента с результатами осмотра, диагнозом, возможными вариантами лечения и ориентировочной стоимостью лечения, а при возникновении необходимости их изменения – согласовать такие изменения с Пациентом.
		6. После окончания лечения выдать Пациенту медицинские документы (выписку из медицинской карты (выписной эпикриз)).
	2. **Пациент обязуется:**
		1. Предоставить Клинике известную ему информацию и документы о состоянии своего здоровья.
		2. Давать информированные добровольные согласия на медицинские вмешательства (медицинские услуги) в письменной форме.
		3. Выполнять все указания и рекомендации медицинских работников Клиники, связанные с оказанием медицинских услуг.
		4. Являться на медицинский прием в согласованное Сторонами время. В случаях обстоятельств, препятствующих явке для получения услуг, Пациент информирует Клинику о таком обстоятельстве заблаговременно.
		5. Подписывать документы об оказании медицинских услуг (счет-акт). В случае отказа от подписания счета-акта без мотивировки причин отказа или отсутствия в момент окончания оказания услуги Пациента или иного уполномоченного им лица, в счете-акте делается пометка об этом, и счет-акт подписывается Клиникой в одностороннем порядке.
		6. Кроме того Пациент обязан:
3. информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях до оказания ему медицинской помощи;
4. незамедлительно ставить в известность Клинику о любых изменениях самочувствия (дискомфорте, беспокойстве), связанных со своим здоровьем, а также о других обстоятельствах, которые могут повлиять на достижения запланированных результатов оказываемых медицинских услуг (лечения);
5. соблюдать режим работы Клиники.
	* 1. Бережно относиться к имуществу Клиники. В случае причинения ущерба Клинике вследствие утраты или порчи имущества, вызванного деянием Пациента и/или лиц его сопровождающих, Пациент обязуется в течение трех календарных дней возместить Клинике нанесенный ущерб в полном объеме.
	1. **Клиника имеет право:**
		1. Самостоятельно определять вид и объем диагностики, профилактики и лечения, количество и виды медицинских манипуляций и вмешательств, необходимых для оказания медицинских услуг (лечения) Пациенту, при условии дачи Пациентом информированного добровольного согласия на проведение соответствующих медицинских манипуляций и вмешательств.
		2. Получать от Пациента сведения и медицинские документы о состоянии его здоровья, необходимые для оказания медицинских услуг.
		3. Отказать во врачебном приеме Пациенту и/или в оказании ему медицинских услуг в случаях:
6. если есть подозрения (соматические проявления), что Пациент находится в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
7. в действиях Пациента есть угроза жизни или здоровью работников Клиники и/или Пациент не следует рекомендациям работников Клиники;
8. если Пациент отказывается предоставить известную ему информацию и документы о состоянии своего здоровья (в рамках сбора анамнеза);
9. неоплаты медицинских услуг.
	* 1. При необходимости привлекать сторонние медицинские организации и специалистов с соответствующей квалификацией для оказания медицинских услуг по согласованию с Пациентом.
		2. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача (медицинского работника) или врача, ранее оказывающего услуги, назначить другого врача (медицинского работника) для оказания услуг Пациенту по согласованию с Пациентом.
		3. Перенести прием Пациента на ближайшие свободные для записи день/время в случае его опоздания более чем на половину времени от назначенного приема.
	1. **Пациент имеет право:**
		1. Получать информацию о состоянии своего здоровья, перечне, стоимости и результатах оказываемых услуг.
		2. Получать медицинские услуги (медицинскую помощь, лечение).
		3. Выбрать лечащего врача (медицинского работника) из персонала Клиники.
		4. Отказаться от получения медицинских услуг с подписанием отказа от медицинского вмешательства, предусмотренного законодательством РФ. В этом случае Пациент оплачивает расходы, понесенные Клиникой на момент такого отказа от услуг.
		5. Указать граждан, которым может быть передана информация о состоянии его здоровья.
10. **ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА**
	1. Условия, объем и характер медицинских услуг устанавливается на основании предварительного диагноза. При необходимости Сторонами может быть согласована твердая или приблизительная смета на виды и стоимость оказываемых услуг (далее - «Смета»).
	2. Срок оказания медицинских услуг определяется, исходя из объема профилактических, диагностических и лечебных мероприятий.Услуги оказываются в согласованные с Пациентом сроки, определенные до начала лечения.
11. **ПОРЯДОК ОПЛАТЫ**
	1. Стоимость оказываемых Клиникой медицинских услуг определяется в соответствии с Прейскурантом Клиники, действующем на дату оказания медицинской услуги.
	2. Услуги оплачиваются Заказчиком после каждого посещения Клиники (врачебного приема) в момент выставления счета Клиникой, за исключением случаев, предусмотренных настоящим Договором. Клиника вправе определить перечень услуг, по которым осуществляется предоплата, с доведением соответствующей информации до Заказчика, Пациента.
	3. Датой оплаты денежных средств считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Клиники или день внесения денежных средств в кассу.
	4. По согласованию Сторон дорогостоящие медицинские услуги оказываются Клиникой на основании Сметы, подписанной Пациентом, и оплачиваются на основании счета в день его выставления. Порядок оплаты может быть изменен по согласованию Сторон в Смете*.*
	5. В случае наличия у Пациента действующего договора добровольного медицинского страхования со страховой компанией (при условии того, что между такой страховой компанией и Клиникой заключен и действует договор на оказание медицинских услуг) услуги Клиники, покрываемые действующим страховым полисом Пациента, оплачивает такая страховая компания. Услуги, не оплачиваемые страховой компанией, оплачиваются Пациентом в соответствии с п. 4.2 настоящего Договора самостоятельно.
	6. Пациент подтверждает *(дает согласие)* возможность оплаты оказанных ему услуг третьими лицами, в том числе организациями и страховыми компаниями. В случае оплаты услуг полностью или частично организациями или страховыми компаниями Пациент дает добровольное согласие на передачу указанным организациям или страховым компаниям своих персональных данных, а также информации, составляющей врачебную тайну, с целью исполнения договоров о добровольном медицинском страховании или об оказании медицинских услуг.
	7. Возврат излишне уплаченных денежных средств по настоящему Договору возможен только тем же способом, каким была произведена оплата. При оплате банковской картой денежные средства возвращаются на банковскую карту, с которой была совершена оплата, при условии предоставления банковской карты, паспорта плательщика и заявления на возврат денежных средств. При оплате наличными средствами, денежные средства возвращаются Пациенту наличными в кассе Клиники при условии предоставления паспорта и заявления на возврат денежных средств.
	8. В случае оказания Пациенту медицинских услуг, носящих комплексный характер (например, программа годового медицинского обслуживания, программа медицинского обслуживания Check-Up, программа ведения беременности и/или иные комплексные медицинские услуги, предусмотренные Прейскурантом Клиники), и отказа Пациента от соответствующих услуг до момента их оказания Клиникой в полном объеме, в том числе в случае досрочного расторжения Договора по основаниям, указанным в пунктах 7.2. и 7.4 настоящего Договора, Пациенту или оплатившему такие комплексные медицинские услуги лицу (в случае оплаты медицинских услуг иным лицом по распоряжению Заказчика) производится возмещение суммы уплаченной стоимости комплекса медицинских услуг в соответствии с нижеследующим:
		1. **«Принцип фактически оказанных услуг»:** Возмещению подлежит разница между стоимостью комплексной медицинской услуги и стоимостью фактически оказанных медицинских услуг, рассчитываемой на основании Прейскуранта, действующего на момент отказа Пациента от оказания комплексной медицинской услуги в полном объеме, а в случае возмещения в связи с досрочным расторжением Договора – на основании Прейскуранта, действующего на момент расторжения настоящего Договора.
12. **ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**
	1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

**5.2.** Пациент понимает, что неисполнение и/или ненадлежащее своих обязательств по настоящему Договору (в частности, не предоставление, либо несвоевременное предоставление Пациентом достоверной информации и всех имеющихся документов о состоянии его здоровья, в том числе, об обстоятельствах заболевания и опыте применения лекарственных препаратов в связи с заболеванием, о непереносимости отдельных лекарственных препаратов и методов лечения, а также их сочетания, а также в случае несоблюдения Пациентом графика наблюдения у врача, в том числе - информирования о состоянии его здоровья в процессе лечения в оговоренных временных рамках) может негативно отразиться на результатах оказания медицинских услуг.

1. **ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ**
	1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров. С целью урегулирования разногласий Стороны вправе согласовать проведение медицинского консилиума и/или медицинской экспертизы.
	2. При недостижении согласия в процессе переговоров спорных вопросов, споры подлежат рассмотрению в судебном порядке.
2. **СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ**
	1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует в течение одного года или до фактического выполнения обязательств, принятых Сторонами по настоящему Договору. Действие настоящего Договора пролонгируется на каждый последующий календарный год, если ни одна из Сторон не заявит о расторжении настоящего Договора предварительно за 30 (Тридцать) календарных дней до прекращения действия настоящего Договора.
	2. Настоящий Договор может быть изменен либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон.
	3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны Сторонами.
	4. Настоящий Договор может быть досрочно прекращен в одностороннем порядке любой из Сторон в случае невыполнения другой Стороной обязательств по настоящему Договору.
3. **КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**
	1. Стороны признают, что сведения о факте обращения Пациента за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при оказании услуг по настоящему договору, составляют врачебную тайну и охраняются в соответствии с действующим законодательством РФ.
	2. Пациент даёт своё согласие на передачу Исполнителю по настоящему Договору, а также, в случае возникновения необходимости, иным медицинским организациям (скорая медицинская помощь, лаборатории, а в случае перенаправления пациентов - партнерские медицинские организации) сведений, составляющих врачебную тайну. Пациент осведомлён, что сведения, составляющие врачебную тайну, содержат следующую информацию: информацию о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе заболевания и иные сведения, полученные при диагностике и лечении.
	3. В случае оплаты оказываемых Пациенту услуг его работодателем, страховой компанией, благотворительным фондом и т.п. в соответствии с договором, заключенным таким лицом с Исполнителем или Пациентом/Заказчиком, Пациент соглашается на передачу данному лицу сведений, составляющих врачебную тайну в целях отчетности Исполнителя об оказанных Пациенту услугах.
4. **ИНЫЕ УСЛОВИЯ**
	1. Дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.
	2. Настоящий Договор составлен в 2 (Двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.
5. **ПОДПИСИ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **КЛИНИКА** | **ПАЦИЕНТ** |
| Общество с ограниченной ответственностью«Лахта Клиника» (ООО «Лахта Клиника»)ИНН 7814481842 /КПП 781401001,ОГРН 1107847358244,Банковские реквизиты: р/счет 40702810002890038582 в ПАО АКБ"АВАНГАРД", к/счет 30101810000000000201, БИК 044525201Лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01148-78/00345048 выдана бессрочно 09.12.2020 Комитет по здравоохранениюг. Санкт-Петербурга191023, Россия г. Санкт-Петербург уд. Малая Садовая д.1Адрес места нахождения: 197183, Россия, г. Санкт-Петербург, улицаДибуновская, дом 50, лит А, помещение 47Н, 49Н, 50Н, 51Н.Контактные тел. (единый телефон): +7 (812) 640 28 68электронный адрес: info@lahtaclinic.ru | *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*Паспортные данные (серия, номер, кем и когда выдан)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*адрес места жительства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_контактный телефон* |
| Генеральный директорКраснолуцкий К.Г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *подпись*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*расшифровка подписи* |
|  |  |
| **ЗАКАЗЧИК** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*Паспортные данные (серия, номер, кем и когда выдан)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*адрес места жительства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_контактный телефон*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *подпись*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*расшифровка подписи* |  |