

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг (для физических лиц)

г. Санкт-Петербург

21 апреля 2023 г.

Общество с ограниченной ответственностью «Клиника Доктора Пеля», лицензия № ЛО-78-01-006072 от 24.08.2015 г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Захрабекова Дениса Эдуардовича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и

Гражданин РФ _____
/ФИО, ИНН/

_____ / паспорт/

именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент» (при получении медицинских услуг непосредственно для себя) либо «Представитель» в случае заключения договора в интересах третьего лица (Пациента), с другой стороны, при совместном упоминании именуемые «Стороны», а по отдельности – «Сторона», заключили настоящий договор (далее – «Договор») о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Пациент (Представитель) поручает, а Исполнитель оказывает Пациенту доврачебную, амбулаторно-поликлиническую помощь и иные медицинские услуги (далее – «Медицинские услуги») в рамках действующей лицензии, в том числе:

- осмотр специалиста, обследование для установления диагноза, определения плана лечения и/или необходимости дополнительного диагностического исследования;
- медицинские услуги в соответствии с установленным диагнозом и разработанным планом лечения, указанные в медицинской и иной документации, оформляющей оказание Медицинских услуг Пациенту.

Пациент обязуется оплатить оказанные Медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

1.2. Медицинская карта Пациента, иная медицинская документация, оформляемые в рамках оказания Медицинских услуг по настоящему Договору, включая план лечения, а также преискуртант на услуги Исполнителя, размещённый на сайте Исполнителя /klinikarelya@mail.ru/, являются неотъемлемой частью настоящего Договора и имеют юридическое значение в части определения перечня и объёма оказываемых Медицинских услуг, целей, сроков и стоимости их оказания.

1.3. Медицинские услуги оказываются в соответствии с графиком работы Исполнителя по предварительной записи по телефону: 8 (812) 323-04-45, либо путём заполнения контактной формы on-line на сайте Исполнителя. Медицинские услуги оказываются по месту нахождения Исполнителя: 199034, г. Санкт-Петербург, В.О., 7-я линия, д. 16-18, лит. А, пом. 4Н (далее – «Клиника»).

1.4. Настоящий Договор определяет отношения Сторон как непосредственно между Исполнителем и Пациентом, так и между Исполнителем и Представителем Пациента при наличии такового. Пациентом в настоящем Договоре и медицинской документации именуется лицо, непосредственно получающее Медицинские услуги по настоящему Договору.

1.5. Медицинские услуги являются качественными и безопасными для здоровья Пациента при отсутствии недопустимого риска, не оправданного нуждами состояния здоровья Пациента, и соразмерности предпринятых в условиях обоснованного риска усилий тяжести патологического процесса (заболевания).

1.6. Медицинские услуги включают возможность допустимого вмешательства в состояние здоровья Пациента ради устранения или приостановления имеющегося заболевания, предотвращения большего вреда от заболевания, устранения эстетических дефектов при оказании на основании настоящего Договора косметологических услуг, а также включают вероятность проявления сопутствующих и побочных свойств медицинского воздействия (осложнений), специально оговорённых в соответствующей медицинской и юридической документации, оформляющей оказание Медицинских услуг по настоящему Договору.

1.7. Путём подписания настоящего Договора Пациент (Представитель) подтверждает, что Исполнитель до подписания настоящего Договора уведомил (в т.ч. посредством размещения на официальном сайте Исполнителя и на информационных стендах в Клинике) в доступной и понятной форме и предоставил информацию, необходимую для принятия Пациентом осознанного объективного решения о получении Медицинских услуг у Исполнителя:

1.7.1. о Медицинских услугах, в том числе информацию о потребительских свойствах Медицинской услуги, об объёме, содержании Медицинских услуг применительно к заболеванию Пациента, о применимых методиках медицинского воздействия, о последствиях медицинского воздействия, о его сопутствующих или последующих эффектах, о последствиях прогрессирования заболевания;

1.7.2. о возможности получения соответствующих видов и объёмов медицинской помощи бесплатно по Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи (далее – «Программа»), а также о Медицинских услугах, получение которых в рамках Программы невозможно;

1.7.3. об Исполнителе, в том числе информацию о юридическом статусе Исполнителя, о режиме работы Исполнителя, правилах поведения в помещениях Исполнителя, контактные телефоны, информацию о специалистах,

непосредственно осуществляющих медицинское воздействие;

1.7.4.о стоимости Медицинских услуг Исполнителя;

1.7.5.о получении им со стороны Исполнителя доступной, достоверной и полной информации о возможности снижения качества Медицинских услуг, невозможности завершения оказания Медицинских услуг в срок или возможности ухудшения состояния здоровья Пациента при несоблюдении Пациентом плана лечения и указаний (рекомендаций) Исполнителя.

2.ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1.Исполнитель обязан:

2.1.1.оказать в полном объёме платные Медицинские услуги, составляющие предмет настоящего Договора, качественно и в срок, обусловленный целями оказания Медицинских услуг, в соответствии с современными и разрешёнными для применения на территории Российской Федерации методами диагностики, профилактики и лечения;

2.1.2.провести предварительное обследование Пациента и перед оказанием Медицинских услуг выяснить перенесённые и сопутствующие заболевания Пациента, консультации, определить объём необходимого лечения, составить план лечения и сформулировать требования, соблюдение которых необходимо Исполнителю для эффективного выполнения плана лечения;

2.1.3.предоставить письменное заключение на следующий рабочий день после полной оплаты Пациентом (Представителем) оказанных Медицинских услуг в соответствии с действующим прейскурантом цен;

2.1.4.проинформировать о противопоказаниях для оказания Медицинских услуг;

2.1.5.вести всю необходимую медицинскую документацию в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации;

2.1.6.вести учёт видов, объёмов, стоимости оказанных Пациенту Медицинских услуг, а также денежных средств, поступивших от Пациента (Представителя);

2.1.7.выдавать Пациенту необходимые медицинские документы (справки, выписные эпикризы, листы временной нетрудоспособности и т.д.);

2.1.8.обеспечить оказание Медицинских услуг квалифицированным медицинским персоналом, заменить лечащего врача по заявлению Пациента, сделанному в письменной форме, при наличии уважительной причины и объективной возможности со стороны Исполнителя;

2.1.9.соблюдать врачебную тайну в определённом законодательством объёме с исключениями, установленными настоящим Договором;

2.1.10.незамедлительно извещать Пациента об обстоятельствах, объективно создающих невозможность оказания Медицинских услуг, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению объёма оказания Медицинских услуг.

2.2.Исполнитель имеет право:

2.2.1.отказать Пациенту в оказании Медицинских услуг в случае:

- невыполнения Пациентом своих обязанностей по настоящему Договору;

- при сообщении недостоверных данных Исполнителю (п. 2.3.2. настоящего Договора);

- при отсутствии медицинских показаний или при наличии (выявлении) противопоказаний для оказания Медицинских услуг к определённому методу диагностики или лечения, а также при наличии пожеланий Пациента по объёму, способу, порядку устранения эстетического дефекта(ов), которые (объём, способ, порядок) расценены специалистами Исполнителя как недопустимые, неоптимальные, неэффективные при оказании на основании настоящего Договора косметологических услуг, или при нарушении Пациентом обязательств.

2.2.2.самостоятельно определять график работы специалистов, внесение изменений в график работы Исполнителя/специалистов не является ненадлежащим исполнением условий настоящего Договора;

2.2.3.отступить от запланированного графика лечения в случае опоздания Пациента более чем на 15 минут и занятости специалиста Исполнителя, непосредственно осуществляющего лечение, вплоть до отмены назначенного приёма;

2.2.4.заменить лечащего врача при наступлении объективной невозможности проводить лечение данным специалистом, а также при необходимости направить Пациента для консультации к другим специалистам соответствующего профиля и квалификации;

2.2.5.привлечь для оказания Медицинской услуги по настоящему Договору специалистов, не являющихся сотрудниками Исполнителя, а также иные медицинские организации, при этом ответственность за действия специалистов, не являющихся сотрудниками Исполнителя, и иных медицинских организаций несёт Исполнитель;

2.2.6.самостоятельно осуществлять выбор тактики и методики лечения, метода анестезиологического пособия, подбор материалов и медикаментов, определять объём диагностических, профилактических и лечебных мероприятий;

2.2.7.отказать Пациенту в оказании Медицинских услуг при отказе Пациента (Представителя) от подписания информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство либо от подписания отказа от медицинского вмешательства при наличии медицинских показаний для такого вмешательства и при фактическом отказе Пациента (Представителя) от выполнения такого вмешательства, либо от подписания плана лечения, либо от подписания согласия на обработку персональных данных при условии объективной способности Пациента выразить свою волю и при отсутствии угрозы жизни Пациента; а также при систематическом (два и более раза) и (или) грубом, в том числе

однократном, нарушении Пациентом порядка получения Медицинских услуг, а именно: при нарушении Пациентом плана лечения, режима осуществляемых процедур, нарушении диеты, несоблюдении врачебных рекомендаций и назначений, при отказе Пациента от необходимых обследований, непрохождение которых препятствует дальнейшему оказанию Медицинских услуг, нахождения Пациента в помещении Исполнителя в состоянии алкогольного и (или) наркотического опьянения (в указанных случаях отказ Исполнителя от оказания Медицинских услуг возможен при наличии указанных плана лечения, режима процедур, диеты, рекомендаций и назначений в медицинской документации и доведении её содержания до Пациента и не допускается при наличии у Пациента острого патологического состояния, создающего угрозу его жизни, при этом систематичность и грубость нарушения Пациентом порядка получения Медицинских услуг и соответствующее состояние Пациента определяются специалистом Исполнителя).

2.3. Пациент (Представитель) обязан:

2.3.1.оплатить оказываемые Исполнителем Медицинские услуги согласно действующего Прейскуранта цен до начала их оказания Исполнителем в порядке, определённом настоящим Договором, в т.ч. Медицинские услуги, не входящие в программу страхования, при получении Медицинских услуг Исполнителя в рамках страховых программ, а также дополнительные Медицинские услуги, вызванные двусторонне согласованным изменением плана лечения;

2.3.2.достоверно и полно сообщить данные, имеющие отношение к анамнезу жизни, анамнезу заболевания, аллергических реакциях на лекарственные препараты, наличии противопоказаний для выполнения процедур и исследований путём заполнения предложенной Исполнителем анкеты или при устном опросе специалистом Исполнителя, предоставить данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведённых не Исполнителем (при их наличии), сообщить сведения об иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения;

2.3.3.при посещении Исполнителя иметь при себе документ, удостоверяющий личность, а также полис добровольного медицинского страхования при получении Медицинских услуг Исполнителя также в рамках страховых программ;

2.3.4.в установленные планом лечения сроки выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов Исполнителя, оказывающих Медицинские услуги;

2.3.5.удостоверять личной подписью в юридической и медицинской документации согласие на выполнение медицинского вмешательства, операции, манипуляции или отказ от их выполнения в соответствии с требованиями действующего законодательства; после подписания Пациентом указанные документы являются неотъемлемой частью настоящего Договора;

2.3.6.при возникновении связанных с лечением вопросов или осложнений, включая обращение и (или) непредвиденную госпитализацию в другую медицинскую организацию, сообщать об этом лечащему врачу или администратору Исполнителя по телефону.

2.4. Пациент (Представитель) имеет право:

2.4.1.получить достоверную, своевременную и полную информацию о состоянии своего здоровья;

2.4.2.получить надлежаще заверенные копии медицинской документации и на ознакомление с медицинской документацией в течение 30 дней со дня обращения к Исполнителю с соответствующим письменным заявлением в соответствии с порядком, определённым действующим законодательством РФ;

2.4.3.на выбор даты и времени визита к специалисту Исполнителя, включая перенос ранее согласованных даты и времени визита на иные, согласованные обеими Сторонами, дату и время, при наличии объективной возможности со стороны Исполнителя;

2.4.4.отказаться от исполнения настоящего Договора до окончания срока его действия, оплатив Исполнителю фактически оказанные Медицинские услуги;

2.4.5.на реализацию всех гарантированных прав, определённых законодательством об охране здоровья граждан.

2.5.Подписанием настоящего Договора Пациент (Представитель) предоставляет Исполнителю право на использование выполненных в процессе оказания Медицинских услуг фотоснимков, рентгенографических снимков и изображений в рекламных, информационных, научных и учебных целях при условии обеспечения Исполнителем невозможности идентификации (опознания) Пациента. Настоящее согласие даётся на весь срок действия настоящего Договора и на установленный действующим законодательством срок хранения медицинской документации, и может быть отозвано Пациентом (Представителем) по его личному заявлению.

3. СТОИМОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1.Цена настоящего Договора складывается из стоимости Медицинских услуг, включающей расходы (издержки) Исполнителя, связанные с оказанием услуг Пациенту, согласно действующему на дату оказания Медицинских услуг прейскуранту Исполнителя, размещенному на официальном сайте Исполнителя и на информационных стендах в Клинике, и определяется на основании плана лечения (диагностики), согласованного Сторонами, являющегося, неотъемлемой частью настоящего Договора.

3.2.Если в ходе оказания Медицинских услуг выявляется объективная необходимость изменения согласованного Сторонами плана лечения (диагностики), влекущего изменение объёма Медицинских услуг, стоимость услуг может быть скорректирована обеими Сторонами, как в сторону уменьшения, так и в сторону увеличения.

3.3.Оплата производится в рублях в безналичном порядке и/или в наличном порядке путём внесения денежных средств в кассу Исполнителя.

3.4.Оплата Медицинских услуг осуществляется Пациентом лично или Представителем.

3.5.Расчёт стоимости Медицинских услуг осуществляется специалистом Исполнителя и отражается в выдаваемом Пациенту при каждом посещении документе на оплату. Осуществление оплаты означает согласие Пациента с объёмом Медицинских услуг и с их стоимостью. После осуществления оплаты оказанных Медицинских услуг документ на оплату становится неотъемлемым приложением к настоящему Договору.

3.6.При оказании на основании настоящего Договора Медицинских услуг, не входящих в программу добровольного медицинского страхования Пациента, оплате подлежат только Медицинские услуги, не входящие в программу добровольного медицинского страхования, в рамках которой Пациент является застрахованным.

3.7.При отказе Пациента от продолжения обследования, диагностики, лечения, который возможен в любое время до начала оказания Медицинской услуги, такой отказ оформляется письменным заявлением Пациента (Представителя), оплате подлежат фактически оказанные Медицинские услуги, а также фактически понесённые расходы Исполнителя.

3.8.В случае невозможности оказания Медицинских услуг, возникших по вине Пациента, в т.ч. при нарушении им медицинских предписаний, установленного лечебно-охранительного режима, плана лечения и др., Медицинские услуги подлежат оплате в полном объёме.

4.ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1.За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.

4.2.Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, если докажут, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

4.3.Исполнитель не несет ответственности перед Пациентом в случае несостоявшегося исследования по вине Пациента:

- опоздание к моменту назначенного времени исследования;
- несоблюдения требований к проводимому исследованию;
- не предоставления информации о наличии противопоказаний для выполнения Медицинской услуги;
- возникновения аллергии или непереносимости к контрастным препаратам;
- если исследование прекращено по инициативе Пациента и не выполнено в полном объеме.

4.4.При заключении настоящего Договора от имени Пациента Представителем ответственность за неисполнение настоящего Договора Пациент и Представитель несут солидарно.

4.5.При обращении Пациента и/или Представителя к Исполнителю с претензией в связи с невыполнением или ненадлежащим выполнением Исполнителем обязательств по настоящему Договору Исполнитель в течение 10 календарных дней со дня получения претензии и необходимых документов, подтверждающих доводы претензии, от Пациента и/или Представителя, осуществляет клинично-экспертную оценку качества оказания Медицинских услуг; при этом Исполнитель вправе привлекать к проведению оценки качества услуг специалистов, не являющихся сотрудниками Исполнителя. Пациент и/или Представитель направлением Исполнителю претензии в определённом настоящим пунктом Договора порядке даёт согласие на предоставление медицинской документации, содержащей сведения о состоянии его здоровья, лицам, не являющимся сотрудниками Исполнителя, для целей клинично-экспертного контроля; при этом предоставление медицинской документации указанным лицам в случае, предусмотренном настоящим пунктом Договора, не является со стороны Исполнителя нарушением врачебной тайны и положений о конфиденциальности настоящего Договора.

4.6.Исполнитель освобождается от ответственности за наступление осложнений, возникновение побочных результатов, ухудшение первоначально достигнутого результата в случаях: отказа Пациента и/или Представителя от дополнительных обследований, объективно необходимых для назначения и проведения адекватного лечения и профилактики нежелательных возможных осложнений; невыполнения или ненадлежащего выполнения Пациентом назначений и рекомендаций лечащего врача и специалистов Исполнителя, в том числе дома; отказа Пациента и/или Представителя от необходимого курса лечения или самовольного прерывания проводимого курса лечения; наличия у Пациента заболеваний, требующих лечения, скрытых Пациентом и, вследствие этого, неучтённых лечащим врачом при назначении лечения; наличия у Пациента индивидуальной непереносимости и (или) патологической токсической реакции на лекарственные препараты, медикаментозные средства, выявленные в процессе оказания Медицинской услуги. Кроме того, Исполнитель освобождается от ответственности за наступление осложнений, не связанных с нарушением Исполнителем методик диагностики, профилактики и лечения; осложнений, связанных с переделкой и/или исправлением результатов Медицинских услуг, произведённых в другой медицинской организации или самим Пациентом.

5.СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА. СРОКИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

5.1.Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует в течение одного календарного года с момента вступления его в силу.

5.2.Настоящий Договор может быть пролонгирован на тех же условиях на следующий календарный год в случае, если за 30 дней до истечения срока действия настоящего Договора ни одна из Сторон не известит в письменной форме другую Сторону о намерении не пролонгировать настоящий Договор по истечении срока его действия. Автоматическая пролонгация настоящего Договора возможна неограниченное количество раз.

5.3.Срок оказания Медицинских услуг, являющихся предметом настоящего Договора, определяется специалистом

Исполнителя исходя из целей оказания Медицинских услуг, объективного состояния здоровья Пациента, тяжести патологического процесса (заболевания), технических и организационных возможностей Исполнителя, и отражается в соответствующей медицинской документации, оформляющей оказание Медицинских услуг Пациенту.

5.4. Настоящий Договор может быть расторгнут ранее окончания срока действия в следующем порядке:

5.4.1. по инициативе Исполнителя:

- при невыполнении Пациентом и/или Представителем обязательств по оплате Медицинских услуг, в том числе нарушении сроков оплаты. Настоящий Договор не может быть расторгнут по данному основанию при наличии у Пациента состояния, создающего угрозу его жизни и требующего оказания ему скорой или неотложной медицинской помощи. При расторжении настоящего Договора по данному основанию стоимость уже оплаченных и оказанных Медицинских услуг не возвращается в том случае, когда она соответствует фактически оказанным Медицинским услугам;

- при нарушении Пациентом условий настоящего Договора, связанных с получением Медицинских услуг, а именно: при нарушении Пациентом плана лечения (диагностики), режима осуществляемых процедур, нарушении диеты, несоблюдении врачебных рекомендаций и назначений, при отказе Пациента от необходимых обследований, непрохождение которых препятствует дальнейшему оказанию Медицинских услуг;

- в случае злоупотребления Пациентом алкогольными и наркотическими средствами (веществами): в этом случае одностороннее расторжение настоящего Договора по инициативе Исполнителя возможно при субъективной оценке соответствующего состояния Пациента специалистом Исполнителя;

- при невозможности осуществления (продолжения) лечения, выявленной в ходе осмотра, по причине возникновения и (или) обнаружения у Пациента медицинских противопоказаний.

5.4.2. по инициативе Пациента (Представителя):

- при неоднократном (два и более раза) несоблюдении по вине Исполнителя установленных сроков консультаций, процедур, осмотров

5.5. В случае объективной невозможности исполнения настоящего Договора любой из Сторон, а также при расторжении настоящего Договора по предусмотренным в настоящем разделе Договора основаниям, Исполнитель в течение 10 рабочих дней со дня со дня обращения Пациента к Исполнителю с письменным заявлением осуществляет возврат суммы предоплаты за исключением стоимости фактически оказанных Медицинских услуг.

6. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

6.1. Стороны признают информацию, как содержащуюся в настоящем Договоре, так и полученную при исполнении настоящего Договора, конфиденциальной и принимают на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности.

7. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

7.1. При возникновении споров и разногласий, вытекающих из настоящего Договора или в связи с ним, Стороны примут все усилия к урегулированию спора путём переговоров.

7.2. При невозможности урегулирования спора путём переговоров Стороны передают спор на рассмотрение в суд с соблюдением претензионного порядка. Срок ответа на полученную претензию – 10 календарных дней.

8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

8.1. Все изменения и дополнения к настоящему Договору вносятся в той же форме, что и сам настоящий Договор, и вступают в силу с момента подписания их обеими Сторонами.

8.2. Пациент (Представитель) согласен на получение информации от Исполнителя по телефону и электронной почте. Пациент (Представитель) даёт согласие на обработку и хранение Исполнителем персональных в целях исполнения настоящего Договора.

9. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель: ООО «Клиника Доктора Пеля»

Адрес: 199034, Санкт-Петербург, В.О., 7-я линия, д. 16-18, лит. А, пом. 4Н

ИНН 7814410305, КПП 780101001, ОГРН 1089847233101, ОКПО 85596224, ОКВЭД основной 85.11.1

р/с 40702810055000013390 в СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ БАНК ПАО СБЕРБАНК г. Санкт-Петербург

к/с 30101810500000000653, БИК 044030653

Факс: 323-27-68, тел.: 323-04-45, E-mail: info@drpel.ru

Генеральный директор: _____ Д.Э. Захрабеков

Пациент/Представитель _____

(подпись, ФИО, дата)

Утверждено
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 12 ноября 2021 г. № 1051н

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина *либо законного представителя*)

«__» _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина *либо законного представителя*)

_____ (адрес регистрации гражданина *либо законного представителя*)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании *согласия законным представителем*)

«__» _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании *законным представителем*)

_____ (в случае проживания не по месту жительства 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 (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), *для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)*

в Обществе с ограниченной ответственностью «Клиника Доктора Пеля» ИНН 7814410305

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».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (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), в том числе после смерти:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

«__» _____ г.

Согласие на обработку персональных данных

Я _____
(ФИО)

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных ООО «Клиника Доктора Пеля» (далее – «Клиника»), включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Фонде пенсионного и социального страхования РФ (СНИЛС), 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 мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Клиника вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов), в том числе по ОМС (договор ДМС).

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

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

Настоящее согласование 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 Клиники по почте, заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Клиники.

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

(ФИО, подпись, дата)

Утверждено
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 12 ноября 2021 г. N 1051н

Отказ от медицинского вмешательства

Я, _____ «__» _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина
либо законного представителя)
зарегистрированный по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина
либо законного представителя)

в отношении _____ «__» _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения
при подписании отказа законным представителем)
при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи в _ **Обществе с ограниченной
ответственностью «Клиника Доктора Пеля»** _____
(полное наименование медицинской организации)

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:

(наименование вида (видов)
медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии)
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)

(указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного (вышеуказанных)
вида (видов) медицинского вмешательства, 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 (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя
гражданина)

(подпись) _____ «__» _____ г.
(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского (дата оформления)
работника)