

**Уведомление о последствиях несоблюдения указаний  
(рекомендаций) медицинской организации**

ООО «Медицинское учреждение «ЦМК-ГРУПП», в соответствии с п. 15 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 №1006, уведомляет о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинской организации – ООО «Медицинское учреждение «Империя здоровья» (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 потребителя.

С уведомлением ознакомлен(на) до заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

_____ / _____	
ФИО пациента	подпись
_____ / _____	
ФИО исполнителя	подпись

**Договор № \_\_\_\_\_  
о предоставлении платных медицинских услуг**

г. Хабаровск

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2016 г.

Общество с ограниченной ответственностью «Медицинское учреждение «ЦМК-ГРУПП»:  
- юридический адрес: 680011, г. Хабаровск, ул. Марсовая, 16  
- фактический адрес: 680000, г. Хабаровск, ул. Гоголя, 37  
- ОГРН: 1122722004734, ИНН: 2722113744, выдано ИФНС России по Хабаровскому краю от 09.06.2012)

- лицензия № ЛО-27-01-001304 от 06.11.2013г., выдана Министерством здравоохранения Хабаровского края, г. Хабаровск, ул. Запарина, 76, тел: (4212) 40-20-00,

предусматривающая перечень работ: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу, функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), гастроэнтерологии, дерматовенерологии, кардиологии, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации), офтальмологии, профпатологии, психиатрии, психиатрии-наркологии, стоматологии общей практики, ультразвуковой диагностике, урологии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии; при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством, медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе профессиональной пригодности, экспертизе временной нетрудоспособности,

именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице заместителя директора центра \_\_\_\_\_, действующего

на основании Доверенности № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_, с одной стороны и \_\_\_\_\_, зарегистрирован(на) по адресу: \_\_\_\_\_. Тел: \_\_\_\_\_ именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент» с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

## **1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. По настоящему Договору Исполнитель обязуется оказать Пациенту медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенные на территории РФ, а Пациент обязуется своевременно оплатить стоимость оказанных услуг согласно условиям настоящего Договора.

1.2. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется на основании постановления Правительства РФ от 04.10.2012г №1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

1.3. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется на основании информированного добровольного согласия (Приложение №1) Пациента (законного представителя Пациента) в соответствии с законодательством РФ об охране здоровья граждан.

1.4. Перечень медицинских услуг, оказываемых Пациенту в соответствии с настоящим Договором, определяется в Приложении №2, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.

## **2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

2.1. Права и обязанности Исполнителя:

2.1.1. Обеспечить соответствие предоставляемых услуг требованиям, предъявляемым к методикам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ.

2.1.2. Выполнить медицинские услуги в порядке и на условиях, определенных настоящим Договором.

2.1.3. Исполнитель вправе привлекать для оказания услуг третьих лиц (субисполнителей).

2.1.4. Пользоваться иными правами и исполнять обязанности, предусмотренные действующим законодательством.

2.2. Права и обязанности Пациента:

2.2.1. Оплатить стоимость медицинских услуг в полном объеме.

2.2.2. Пациенту предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в лечебно-профилактической организации по месту прикрепления в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2.2.3. В случае невозможности окончания оказания медицинской услуги, возникшей по вине Пациента (немотивированный отказ от продолжения лечения, отказ от выполнения необходимых условий, иных действий или анатомо-физиологических особенностей организма), Пациент обязан оплатить фактически оказанную услугу Исполнителем.

## **3. СУММА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

3.1. Стоимость платных медицинских услуг оказываемых Пациенту согласно п.1.3. настоящего договора, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом цен (тарифов) платных медицинских услуг и составляет \_\_\_\_\_ рублей.

3.2. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Пациентом до начала их оказания в кассе медицинской организации, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

3.3. Стоимость медицинских услуг по настоящему Договору остается неизменной в течение всего срока действия настоящего Договора.

3.4. Услуги оказываются в соответствии с графиком работы Исполнителя, после поступления предварительной оплаты в полном объеме от Пациента.

#### **4. СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

4.1. В соответствии с требованиями ст.9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» №152-ФЗ Пациент дает свое согласие на обработку Исполнителем персональных данных Пациента, включающих: фамилию, имя, отчество, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), данные о состоянии его здоровья и иные данные, получение которых необходимо для оказания (получения) медицинских услуг.

4.2. Исполнитель вправе в процессе оказания медицинских услуг передавать персональные данные Пациента, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, для экспертизы качества оказания медицинских услуг.

4.3 Исполнитель вправе совершать обмен персональными данными Пациента со страховой медицинской организацией (Страховщиком), Территориальным фондом, ОМС, органами здравоохранения.

4.4. Передача персональных данных Пациента иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с его письменного согласия. Пациент в праве в любое время отозвать свое согласие посредством соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес Исполнителя по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручено лично под роспись представителю Исполнителя.

#### **5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ПО ДОГОВОРУ**

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

5.2. Исполнитель не несет ответственность за качество и подлинность представленного Пациентом биологического материала для проведения исследования в случае, если биологический материал был предоставлен Пациентом самостоятельно (т.е. забор биологического материала был сделан не сотрудником Исполнителя).

5.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, что предусмотрено настоящим Договором, в случае предоставления Пациентом неполной информации о своем здоровье.

5.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Пациентом условий настоящего Договора.

5.5. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по Договору при возникновении непреодолимых препятствий, под которыми понимаются: стихийные бедствия, массовые беспорядки, запретительные действия властей и иные форс-мажорные обстоятельства.

#### **6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**

6.1. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны уполномоченными представителями Сторон.

6.2. Настоящий Договор расторгается в случае отказа Пациента от получения медицинских

услуг. Отказ Пациента от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю.

6.3. В случае расторжения настоящего Договора в соответствии с п.6.2 Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы.

## 7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует в течение 30 дней.

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

7.3. Все споры, вытекающие из настоящего Договора стороны будут решать по возможности путем переговоров. При невозможности достижения согласий спор подлежит передаче на рассмотрение суда, в соответствии с законодательством РФ.

7.4. Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами.

## 8. АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН

### Исполнитель

ООО «МУ «ЦМК-ГРУПП»  
ИНН 2722113744 КПП 272201001  
Юридический адрес: 680011, г. Хабаровск, ул.  
Марсовая, 16  
Фактический адрес: 680000, г. Хабаровск, ул.  
Гоголя, 37  
Тел: 8 (4212) 242-242  
р/сч 40702810470000020625 в  
ДАЛЬНЕВОСТОЧНЫЙ БАНК ПАО "СБЕРБАНК  
РОССИИ"  
БИК 040813608  
к/сч 30101810600000000608

### Пациент

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
МП

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Приложение №1**  
**к Договору о предоставлении**  
**платных медицинских услуг**  
**№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_**

**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**

г. Хабаровск

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2016 г.

Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств (назначается в зависимости от вида медицинского освидетельствования), 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. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082), а именно:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза (сведения, получаемые при медицинском обследовании путём расспроса).

2. Осмотр, в том числе пальпация (метод медицинского ручного обследования больного), перкуссия (метод постукивания отдельных участков тела и анализе звуковых явлений, возникающих при этом), аускультация (метод физикальной диагностики в медицине, заключающийся в выслушивании звуков, образующихся в процессе функционирования органов), риноскопия (метод исследования полости носа), фарингоскопия (визуальное исследование слизистой оболочки горла), непрямая ларингоскопия (метод исследования гортани, в том числе голосовых связок), вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.

3. Антропометрические исследования (исследования физического развития).

4. Термометрия (измерение температуры).

5. Тонометрия (измерение артериального, внутриглазного давления с помощью тонометра);

6. Неинвазивные (без проникновения в организм) исследования органа зрения и зрительных функций.

7. Неинвазивные (без проникновения в организм) исследования органа слуха и слуховых функций.

8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).

9. Забор крови, мочи, кала для проведения лабораторных методов обследования, в том числе клинических, биохимических, бактериологических, вирусологических, иммунологических.

10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, спирография (метод оценки состояния легких путем измерения объема и скорости выдыхаемого воздуха). Методы суточного мониторинга артериального давления, суточного мониторинга электрокардиограммы, пневмотахометрии, пикфлоуметрии, рэоэнцефалографии, электроэнцефалографии, кардиотокографии (для беременных) не применяются в центре).

11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет), ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.

Данный Перечень применяется для получения первичной медико-санитарной

помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «Медицинское учреждение «ЦМК-ГРУПП».

Медицинским работником: регистратором Медицинского Центра \_\_\_\_\_ 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 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 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. N 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).

\_\_\_\_\_, телефон: \_\_\_\_\_

(ФИО пациента)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

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

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(ФИО медицинского работника)

**Приложение №2**  
**к Договору о предоставлении**  
**платных медицинских услуг**  
**№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_**

г. Хабаровск

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2016 г.

**Приложение №3**  
**к Договору о предоставлении**  
**платных медицинских услуг**  
**№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ**  
**НА ПРОВЕДЕНИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ**

г. Хабаровск

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2016 г.

Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения, настоящим подтверждаю, что на основании предоставленной мне информации, свободно и без принуждения, отдавая отчет о последствиях обследования, принял решение пройти тестирование на антитела к ВИЧ. Для этой цели я соглашаюсь сдать анализ крови объёмом около 5 мл. В процессе забора крови, как правило, будет необходим один укол иглой. Эта процедура может быть связана с некоторым дискомфортом, включая возможное проявление кровоподтека на месте укола.

Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему важно пройти тестирование на ВИЧ, как проводится тест и какие последствия может иметь тестирование на ВИЧ.

Я проинформирован, что:

- Присутствие антител к ВИЧ является доказательством наличия ВИЧ-инфекции. Но существует период «серонегативного окна» (промежуток времени между заражением ВИЧ и появлением антител к ВИЧ, наличие которых можно определить лабораторным способом). В течении этого периода человек уже заражен и может заразить других, но при исследовании крови антитела к ВИЧ не обнаруживаются, этот период обычно составляет 3 месяца.

- В настоящее время в России существует бесплатное лечение для всех нуждающихся инфицированных ВИЧ, для его получения нужно обратиться в территориальный центр СПИД. Лечение существенно продляет жизнь и улучшает качество жизни при ВИЧ-инфекции. ВИЧ-инфицированным беременным женщинам важно обратиться в центр СПИД и начать принимать специальные лекарства для предотвращения заражения будущего ребенка.

- ВИЧ-инфекция передается только тремя путями:

1) при сексуальных контактах без презерватива;  
2) через кровь при медицинских или немедицинских процедурах. Чаще всего заражение этим путем происходит при использовании нестерильного инструментария для употребления наркотиков;

3) от инфицированной ВИЧ матери к ребенку во время беременности, родов и при грудном вскармливании.

Заражение ВИЧ в быту при рукопожатиях, пользовании общей посудой, бассейном, туалетом, а также при укусах насекомых не происходит.

- Защитить себя от заражения ВИЧ-инфекцией можно, если не иметь опасных контактов (контакты с кровью или выделениями половых органов, грудным молоком) с инфицированными ВИЧ людьми или людьми с неизвестным ВИЧ-статусом. В течение жизни, в зависимости от личных обстоятельств и убеждений, для того, чтобы избежать заражения СПИДом, человек может использовать разные способы предохранения. Например, всегда пользоваться презервативами или иметь только не инфицированных ВИЧ сексуальных партнеров. Избежать заражения через кровь при нарушении целостности кожных покровов можно используя только стерильные инструменты.

- Результаты тестирования на ВИЧ по телефону не сообщаются. Их сообщает консультант при послетестовом консультировании.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(подпись обследуемого на ВИЧ)

(дата)