

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, обработку персональных данных.

Я,

(фамилия, имя, отчество – полностью)

(далее «Заказчик») принят (принята) на амбулаторное лечение ИП Ерахтиным Е.Е. (далее «Исполнитель»)

1. На медицинское вмешательство:

- 1.1. Мне разъяснены и понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания. Я понимаю необходимость проведения необходимых манипуляций (процедур)
- 1.2. Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому) консультации, в том числе с использованием электронной почты, мессенджеров (WhatsApp, Viber), в соответствии с назначениями врача, осмотра, диагностических исследований: МРТ и КТ исследований, анализа крови общего и биохимического исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, анализа мочи общего, электрокардиографии; проведения рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических исследований и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, лечебных блокад, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.
- 1.3. Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения.
- 1.4. Я извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать Исполнитель о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств.
- 1.5. Я уполномочиваю Исполнителя выполнять любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций;
- 1.6. Я поставил (а) в известность Исполнителя обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне заболеваниях травмах, операциях, в том числе носительстве ВИЧ инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.
- 1.7. Я согласен (а), что при несоблюдении назначений и рекомендаций, Исполнитель не несет ответственности за результаты моего лечения.
- 1.8. Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам: _____

2. На обработку персональных данных:

- 2.1. В соответствии с требованиями ст.ст.23,24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» **подтверждаю свое согласие** на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), реквизиты справки МСЭ, место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Исполнителя, при условии сохранения врачебной тайны.
- 2.2. Предоставляю Исполнителю право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, **включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, извлечение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение.**
- 2.3. Исполнитель вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.
- 2.4. В процессе оказания Исполнителем мне медицинских услуг я предоставляю право Исполнителю передавать мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту, в интересах моего обследования, лечения и учета следующим лицам:
 - должностным лицам Исполнитель, а также лицам, обрабатывающим персональные данные с Исполнителем на основании заключенного с ним договора;
 - страховым медицинским организациям (в рамках ОМС), контролирующим органам: ФОМС, ТФОМС, Пенсионный фонд РФ, ФНС, ФСС, Росстату, иным государственным органам.
 - а также на занесение, использование и хранение в базе данных информационной системы, предоставляемой ООО "Облачные интернет сервисы" зарегистрированных в реестре Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций Регистрационный номер 78-21-007664 Приказ № 68 от 06.04.2021 ИНН 7842528034 Юр. Адрес 191119, Санкт-Петербург г., ул. Звенигородская, д. 8-10, лит. Б, пом. 11, оф. 1 дата регистрации уведомления 31.03.2021. моих персональных данных : фамилия, имя, отчество, адреса места жительства, паспортные данные, номер телефона, дата рождения, рост, вес, температура тела, давление, номер полиса ДМС, группа крови, резус-фактор, курение, наличие заболеваний, наличие аллергических реакций, наличие непереносимости препаратов, поставленные прививки, история посещения врачей, результаты исследований, история осмотров (дата осмотра, должность врача, ФИО врача, результаты осмотра, диагноз, личная подпись) в целях оказания мне услуг по договору _____.

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

- 2.5. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего дополнительного письменного согласия.
- 2.6. Условием прекращения обработки персональных данных является получение Исполнителем моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку моих персональных данных.
Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока. Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

« _____ » _____ 20 _____ г.

Подпись

ФИО

Расписался в моем присутствии:

Индивидуальный предприниматель _____

Е.Е. Ерахтин

УВЕДОМЛЕНИЕ

(Согласно пункту 15 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 4 октября 2012 г. № 1006).

До заключения договора Исполнитель в письменной форме уведомляет Потребителя (Заказчика) о том, что не соблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

Потребитель (Заказчик) _____

Исполнитель _____

ДОГОВОР № Об оказании платных медицинских услуг

г. Красноярск

« _____ » _____ 2023 г.

Индивидуальный предприниматель Ерахтин Е.Е. (далее по тексту – «Исполнитель»), действующий на основании свидетельства серии 24 № 005348502 от 29.01.2010, лицензии Л041-01019-24/00288778 от 14.08.13, с одной стороны, и гражданин РФ, _____ (далее по тексту – «Заказчик»), с другой стороны, заключили договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

- 1.1. Исполнитель оказывает Заказчику платные медицинские услуги амбулаторно в объеме, порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором и законодательством Российской Федерации в области охраны здоровья граждан, а Заказчик обязуется оплатить платные медицинские услуги в порядке и на условиях, определенных настоящим Договором.
- 1.2. Под платными медицинскими услугами понимаются медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров
- 1.3. На условиях настоящего Договора Заказчик приобретает медицинские услуги в соответствии с Прейскурантом, оказываемые в соответствии с действующим в Российской Федерации Порядками и Стандартами оказания медицинской помощи и Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утверждёнными Постановлением Правительства Российской Федерации от 04 октября 2012 года №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».
- 1.4. Факт заключения Договора не является основанием для предоставления Заказчику платных медицинских услуг в первоочередном порядке.
- 1.5. Исполнитель обязуется оказать следующие консультативно-диагностические нейрохирургические услуги:
 - Клинический осмотр Заказчика;
 - Оценку лабораторных и клинических исследований, проведенных Заказчику до обращения к Исполнителю;
 - Установление диагноза заболевания, в случае наличия у Заказчика нейрохирургической патологии;
 - Назначение дополнительных лабораторных и аппаратных методов исследования, консультаций специалистов смежных специальностей, необходимых для установления диагноза, а также их оценка;
 - Повторные консультации Заказчика в период действия настоящего договора;
 - Составление плана лечения.

2. Обязательства Сторон.

2.1. Исполнитель обязуется

- 2.1.1. Предоставлять платные медицинские услуги, в соответствии с п.1.5. Договора, качество которых должно соответствовать условиям Договора, а при отсутствии в Договоре условий об их качестве – требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида. В случае если федеральным законом, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг, качество предоставляемых Платных медицинских услуг должно соответствовать этим требованиям.
- 2.1.2. Проводить медицинские услуги, предусмотренные настоящим Договором.
- 2.1.3. Информировать Заказчика о состоянии его здоровья, методах рекомендуемых обследований и иных действий, об их возможных осложнениях.
- 2.1.4. Информировать Заказчика по мере необходимости о возможности проведения дополнительных методов обследования и лечебно-диагностических мероприятий.
- 2.1.5. Соблюдать врачебную тайну, не допускать разглашение сведений, составляющих врачебную тайну (информацию о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при оказании медицинской помощи).

2.2. Исполнитель имеет право:

- 2.2.1. Отказать Заказчику в предоставлении Платных медицинских услуг при наличии обстоятельств, препятствующих их оказанию, либо при неисполнении, а равно ненадлежащем исполнении обязанностей указанных в пункте 3.2 настоящего Договора.

2.3. Заказчик обязуется:

- 2.3.1. Предоставить необходимую и достоверную информацию, обеспечивающую качественное предоставление медицинских услуг: о состоянии своего здоровья и здоровья ближайших родственников, об имеющейся в анамнезе патологии, перенесенных или имеющихся заболеваниях, инфекциях, в том числе передающихся половым путем, наличии вредных привычек и вредных и опасных условиях труда на производстве, способных повлиять на состояние здоровья Заказчика, аллергических реакциях, а также предоставить Исполнителю информацию для связи (адрес электронной почты (при наличии), номера контактных телефонов, фактический адрес места пребывания).
- 2.3.2. Оформить в установленном законодательством Российской Федерации в области охраны здоровья граждан порядке информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и/или на отказ от медицинского обследования.
- 2.3.3. Оформить в установленном законодательством Российской Федерации порядке письменное согласие на обработку Исполнителем его персональных данных.
- 2.3.4. Своевременно оплачивать Исполнителю Платные медицинские услуги в сроки и порядке, предусмотренные настоящим Договором.

2.4. Заказчик имеет право:

- 2.4.1. Отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

2.5. Исполнитель не несет ответственности за:

- Обострение сопутствующих и появление вновь выявленных заболеваний у Заказчика, не являющихся следствием или осложнением заболевания, по поводу которого оказана консультативно-диагностическая услуга.
- Обострение сопутствующих заболеваний, являющееся неизбежным следствием течения основного заболевания или рекомендованной терапии;
- Косметические и анатомические дефекты, сохраняющуюся после операции патологическую неврологическую симптоматику, являющиеся неизбежным следствием рекомендованного оперативного вмешательства;
- Нарушения здоровья Заказчика, вызванные действиями или бездействием третьих лиц и не являющиеся следствием данных при оказании услуги рекомендаций;

3. Стоимость услуг. Порядок расчетов.

3.1. Общая стоимость медицинских услуг по настоящему Договору составляет

(НДС не облагается (в соответствии с подпунктом 2 пункта 2 статьи 149 Налогового кодекса Российской Федерации))

3.2. Оплата Медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Заказчиком в порядке стопроцентной предварительной оплаты в день подписания настоящего Договора, в рублях путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя.

3.3. В случае неоказания платных медицинских услуг Заказчику по вине Исполнителя по настоящему Договору, Исполнителем по письменному заявлению Заказчика возвращаются денежные средства на банковский счет, указанный в заявлении или наличными денежными средствами из кассы, в срок, не превышающий 10 (десять) календарных дней, в сто процентном размере.

3.4. В случае невозможности полного исполнения услуги, возникшей по вине Заказчика, Исполнитель не несет ответственности за дальнейшее течение заболевания и качество оказанной помощи, при этом сумма, оплаченная Заказчиком Исполнителю за проведенную ранее консультацию, возврату не подлежит.

4. Сроки по договору и порядок расторжения договора.

4.1 Настоящий Договор вступает в силу с момента его заключения и действует до « _____ » _____ 20 ____ года.

4.2. Исполнитель обязуется оказать Заказчику Платные медицинские услуги в день обращения Заказчика за оказанием Платных медицинских услуг после осуществления их предварительной оплаты.

4.3. Досрочное расторжение настоящего Договора производится по взаимному соглашению Сторон либо в случаях и порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации или настоящим Договором.

4.4 В случае госпитализации Заказчика в период действия договора в стационар для прохождения лечения, действие договора приостанавливается на период стационарного лечения и возобновляется после выписки Заказчика из стационара с продлением срока действия договора на период лечения Заказчика в стационаре.

5. Ответственность сторон.

5.1. При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам оказания услуг Заказчик вправе по своему выбору: назначить новый срок оказания услуги; потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги, расторгнуть настоящий Договор.

5.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неоказание или ненадлежащее оказание Платных медицинских услуг, если докажет, что неоказание или ненадлежащее оказание произошло вследствие нарушения Заказчиком условий настоящего Договора, в том числе, но не ограничиваясь: несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, назначенного режима наблюдения (лечения), непредставления Исполнителю или предоставление несоответствующих действительности сведений и информации, необходимой для качественного оказания Платных медицинских услуг, в том числе информации о наличии у Заказчика противопоказаний указанных в пункте 2.3.1. настоящего Договора.

5.3. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное невыполнение обязательств при наличии и/или наступлении обстоятельств, которые на современном уровне развития медицинской науки и практики не могут быть однозначно спрогнозированы, диагностированы и предотвращены. Стороны своевременно извещают друг друга о наступлении и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

6. Заключительные положения.

6.1. Все возникшие претензии и споры разрешаются по соглашению Сторон или в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.2. В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» и Федеральным законом Российской Федерации от 21 ноября 2011 года. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Заказчик дает согласие на обработку, в том числе автоматизированную, обработку своих персональных данных. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой Стороны.

6.3. До заключения настоящего Договора Заказчик, в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утверждёнными Постановлением Правительства Российской Федерации от 04 октября 2012 года № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» ознакомлен и уведомлен в доступной форме:

- о том, что граждане Российской Федерации вправе получать медицинскую помощь бесплатно в государственных и муниципальных организациях здравоохранения в рамках государственных программ получения бесплатной медицинской помощи в объеме и порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации;

- о перечне и стоимости медицинских услуг по Прейскуранту ИП Ерахтина Е.Е.

7. Дополнительные Условия

7.1. Отсутствие ожидаемого Потребителем (Заказчиком) результата, если Исполнитель предпринял все необходимые профессиональные действия при соблюдении той степени заботливости и осмотрительности, какая от него требовалась по характеру обязательств и условиям договора, не является основанием для признания услуги ненадлежащей.

7. Подписи и реквизиты сторон.

Заказчик:

Исполнитель:

Индивидуальный предприниматель Ерахтин Е.Е.

ОГРНИП 31024680290052

ИНН 246000166375

лицензия Л041-01019-24/00288778 от 14.08.13,

Юр. Адрес 660028 Красноярск ул. Новосибирская 3-156

Адрес клиники : 660041 Красноярск ул. Вербная 4 пом. 3

Заказчик

Исполнитель

(подпись)

(подпись.)

Я, нижеподписавшийся

(Ф.И.О. Потребителя)

настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг по настоящему Договору. Мне разъяснен и понятен порядок получения медицинской помощи на территории Российской Федерации, а также я уведомлен(-а) о возможности получения бесплатной медицинской помощи, предусмотренной программами обязательного медицинского страхования.

« _____ » _____ 20 ____ года