

ДОГОВОР № \_\_\_\_\_

**ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

г. Санкт-Петербург

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

ООО «МРТ ЦЕНТР РЫБАЦКОЕ», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Генерального директора Феденко Ирины Валерьевны, действующей на основании Устава, согласно Лицензии на осуществление медицинской деятельности ЛО41-01148-78/00357099 от 14.10.2020 года, выданной Комитетом по здравоохранению администрации Санкт – Петербурга (в соответствии с перечнем выполняемых работ, оказываемых услуг), расположенное по адресу: 192177, Санкт-Петербург, Шлиссельбургский пр., д. 7, лит. А, часть пом. 3-Н (часть пом. 37) и 192177, Санкт-Петербург, Шлиссельбургский пр., д. 7, лит. А, часть пом. 3Н (часть пом. 20), тел. (812)984-56-05, (812)985-55-72 и свидетельства о регистрации юридического лица серии 78 №009503898, выданного Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №15 по Санкт-Петербургу от 23.05.2016 года ОГРН 1167847229065 с одной стороны, и **гражданин(-ка)** \_\_\_\_\_, в дальнейшем именуемый (-ая) Пациент в случае непосредственного получения медицинских услуг по настоящему договору, или **Заказчик** в случае заключения договора в интересах третьего лица (Пациента), с другой стороны, в дальнейшем совместно именуемые Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Заказчик поручает, а Исполнитель принимает на себя за счет и за вознаграждение, уплачиваемое Заказчиком, оказание медицинских услуг

\_\_\_\_\_ Ф.И.О. непосредственного получателя услуги в дательном падеже в дальнейшем именуем(ой) Пациент, в соответствии с полученной лицензией на осуществление медицинской деятельности при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи: \_\_\_\_\_

- 1.2. Исполнитель оказывает медицинские услуги в соответствии с разрешенными ему видами деятельности согласно полученным лицензиям на оказание:
- По адресу 192177, г. Санкт-Петербург, Шлиссельбургский проспект, д. 7, лит. А, часть пом. 3Н, часть пом. 20. (Центры) – первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи:
  - при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинскому массажу, сестринскому делу, физиотерапии, рентгенологии, функциональной диагностике;
  - при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии;
  - при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: мануальной терапии, неврологии, рентгенологии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, физиотерапии, функциональной диагностике;
  - при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: неврологии, физиотерапии;
  - При проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности;
  - По адресу 192177, г. Санкт-Петербург, Шлиссельбургский проспект, д. 7, лит. А, часть пом. 3-Н (часть пом. 37). – первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи:
  - при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинскому массажу, сестринскому делу, физиотерапии;
  - при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии;
  - при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: мануальной терапии, неврологии, остеопатии, физиотерапии, эндокринологии;
- 1.3. Оказание медицинских услуг по отдельным комплексным программам Исполнителя, а также дополнительные медицинские услуги, не отраженные в данном договоре, отражаются в дополнительном соглашении к настоящему договору, являющимся после его подписания обеими Сторонами неотъемлемым приложением к настоящему договору.
- 1.4. Настоящий договор охватывает оказание медицинских услуг непосредственно Заказчику или третьему лицу (Пациенту) при несовпадении в одном лице Заказчика и Пациента. Пациентом в настоящем договоре и соответствующей юридической и медицинской документации именуется лицо, непосредственно получающее медицинские услуги по настоящему договору. Обязанности Сторон при несовпадении в одном лице Заказчика как плательщика за услуги и Пациента регулируются в соответствии с условиями настоящего договора.
- 1.5. Исполнитель оказывает медицинские услуги в помещениях Исполнителя по следующему адресу в Санкт-Петербурге: Шлиссельбургский проспект, д. 7, лит. А, часть пом. 3Н, часть пом. 20. (Центры) и Шлиссельбургский проспект, д. 7, лит. А, часть пом. 3-Н (часть пом. 37) в часы работы, устанавливаемые Исполнителем.
- 1.6. Медицинские услуги, оказываемые по настоящему договору, являются безопасными для здоровья Пациента при отсутствии недопустимого риска, неоправданного нуждами состояния здоровья Пациента и соответствующими им потребностями медицинского воздействия.

- 1.7. Медицинские услуги, оказываемые по настоящему договору, являются качественными при соразмерности предпринятых в условиях обоснованного риска усилий тяжести патологического процесса (заболевания).
- 1.8. Медицинские услуги, определённые в п. 1.1. настоящего договора, оказываются сотрудниками Исполнителя. Исполнитель вправе привлечь для оказания 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.
- 1.9. Пациент проходит осмотр врача специалиста (получает консультацию), на основании данных которого, стороны согласуют План обследования/лечения, являющегося неотъемлемой частью настоящего договора (Приложение), в котором отражены перечень, сроки предоставления и стоимость медицинских услуг, в соответствии с п.19, 20 Правил предоставления медицинских услуг. Объем оказываемых услуг определяется общим состоянием здоровья Пациента, медицинскими, желанием Пациента и организационно-техническими возможностями Исполнителя.
- 1.10. В соответствии с пунктом 24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 11.05.2023г. № 736, уведомляем Вас, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского учреждения (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.
- 1.11. С Прейскурантом на услуги Исполнителя, а также порядком дачи согласия на изменение цен Прейскуранта, ознакомлен до подписания настоящего договора.

## **2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

### **2.1. Исполнитель обязуется:**

- 2.1.1. предоставить Пациенту информацию об услугах, по содержанию и в объёме, объективно позволяющим принять осознанное решение о получении медицинских услуг по настоящему договору, в том числе информацию о потребительских свойствах услуги, об объёме, содержании услуг применительно к заболеванию Пациента, о применимых методиках медицинского воздействия, о последствиях медицинского воздействия, о его сопутствующих или последующих эффектах, о последствиях прогрессирования заболевания. Информация, необходимая для принятия решения Пациентом, доводится до него в доступной форме до заключения настоящего договора, формулируется в соответствующей юридической и медицинской документации и при необходимости предоставляется в наглядной форме на информационных стендах в помещении Исполнителя. Подписание настоящего договора со стороны Пациента свидетельствует о получении им со стороны Исполнителя доступной, достоверной и полной информации об услугах, определённых настоящим договором;
- 2.1.2. предоставить Пациенту информацию о возможности получения соответствующих видов и объёмов медицинской помощи бесплатно в рамках программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Информация, определённая в настоящем пункте, доводится до Пациента в доступной форме до заключения настоящего договора путём размещения на сайте Исполнителя в сети Интернет и на информационных стендах в помещении Исполнителя. Подписание настоящего договора со стороны Пациента свидетельствует о получении им со стороны Исполнителя доступной, достоверной и полной информации о возможности получения соответствующих видов и объёмов медицинской помощи бесплатно в рамках программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи;
- 2.1.3. предоставить Пациенту информацию об Исполнителе услуг, по содержанию и в объёме, объективно позволяющим принять осознанное решение об обращении к Исполнителю, 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. Информация, необходимая для принятия решения Пациентом, доводится до него в доступной форме до заключения настоящего договора. Подписание настоящего договора со стороны Пациента свидетельствует о получении им со стороны Исполнителя доступной, достоверной и полной информации об Исполнителе услуг;
- 2.1.4. предоставить Пациенту информацию о стоимости услуг Исполнителя, которая является открытой информацией и размещается на сайте Исполнителя в сети Интернет и в помещении Исполнителя в месте, доступном для любого посетителя, имеющего намерение приобрести или приобретающего услуги Исполнителя, по содержанию и в объёме, объективно позволяющим принять осознанное решение об обращении к Исполнителю. Информация, необходимая для принятия решения Пациентом, доводится до него в доступной форме до заключения настоящего договора. Подписание настоящего договора со стороны Пациента свидетельствует о получении им со стороны Исполнителя доступной, достоверной и полной информации о стоимости услуг;
- 2.1.5. перед оказанием услуг выяснить перенесённые и сопутствующие заболевания Пациента; при необходимости с целью диагностики провести амбулаторное обследование и консультации (при этом необходимость обследования или консультаций определяется специалистом Исполнителя); определить объём необходимого лечения (в одно посещение или в течение курса лечения);
- 2.1.6. оказать медицинские услуги, составляющие предмет настоящего договора, качественно, в соответствии с Планом лечения, составленным лечащим врачом, с применением имеющихся медикаментов, инструментов, оборудования и в срок, обусловленный целями оказания медицинских услуг;
- 2.1.7. оказывать медицинские услуги, составляющие предмет настоящего договора, в соответствии с разрешёнными для применения на территории Российской Федерации методами диагностики, профилактики и лечения;
- 2.1.8. вести установленную медицинскую документацию; записи в медицинской документации могут вестись как от руки, так и в электронном виде путём занесения соответствующей информации в используемую Исполнителем программу ЭВМ с последующим созданием печатного документа, заносимого в медицинскую документацию; оба варианта ведения медицинской документации имеют правовое значение;

- 2.1.9. оформлять Пациенту необходимые медицинские документы (листы временной нетрудоспособности, а также электронные листы временной нетрудоспособности, справки, выписные эпикризы и проч.);
- 2.1.10. соблюдать врачебную тайну в отношении информации о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья Пациента, диагнозе его заболевания и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, за изъятиями, установленными настоящим договором;
- 2.1.11. заменить лечащего врача по заявлению Пациента, сделанному в письменной форме, при наличии уважительной причины и объективной возможности со стороны Исполнителя;
- 2.1.12. извещать Пациента о внедрении Исполнителем новых программ медицинского обслуживания, об оснащении новым оборудованием, освоении новых методик диагностики, профилактики и лечения, которые могли бы улучшить качество оказания медицинских услуг, оказываемых по настоящему договору;
- 2.1.13. извещать Пациента об обстоятельствах, объективно препятствующих возможности оказания медицинских услуг. Поставить в известность о возникающих в ходе лечения обстоятельствах (о выявленных анатомических и физиологических особенностях Пациента или особенностях в характере течения заболевания и выявленных особенностях повреждений систем и органов), которые могут привести к увеличению объема оказания услуг, и возможных осложнениях при лечении и отразить их в медицинской карте Пациента.
- 2.2. Исполнитель имеет право:
- 2.2.1. самостоятельно определять график консультаций и процедур и график работы специалистов. Внесение изменений в доступный для ознакомления график работы специалистов не является ненадлежащим выполнением условий настоящего договора;
- 2.2.2. отступить от запланированного графика лечения в случае опоздания Пациента более чем на 15 минут и занятости специалиста Исполнителя, непосредственно осуществляющего лечение, в том числе отменить назначенный приём;
- 2.2.3. 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;
- 2.2.4. самостоятельно в лице специалистов Исполнителя осуществлять выбор тактики и методики лечения, метода анестезиологического пособия, подбор материалов и медикаментов, определять объём диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, при условии наличия необходимости их осуществления;
- 2.2.5. отказать Пациенту в оказании медицинских услуг при отсутствии медицинских показаний или при наличии (обнаружении) противопоказаний к определённому методу диагностики или лечения или при нарушении Пациентом обязательств, предусмотренных в п. 2.3.11. настоящего договора;
- 2.2.6. отступать от требований соблюдения врачебной тайны в части стоимости лечения при несовпадении Заказчика и Пациента в одном лице и отсутствии у Заказчика правового статуса законного представителя Пациента, а именно: передавать информацию, определённую в настоящем пункте, Заказчику по его требованию.
- 2.2.7. требовать от Пациента соблюдения правил оказания медицинских услуг, врачебных рекомендаций. При необходимости, внести обоснованные изменения в согласованный план лечения. При изменении клинической ситуации или/и по причине невыполнения Пациентом рекомендаций врача, в том числе пропуска Пациентом запланированных визитов, изменить с согласия Пациента план или/и сроки лечения, а в случае несогласия Пациента с предложенными изменениями прервать лечение и расторгнуть договор.
- 2.2.8. не предоставлять услуги, которые не входят в план лечения, составленный лечащим врачом и согласованный с Пациентом.
- 2.2.9. запрашивать у Пациента получения сведений и предоставления документов (в случае предыдущего лечения в других медицинских учреждениях), необходимых для эффективного лечения; в случае непредоставления Пациентом документов, Исполнитель имеет право приостановить исполнение обязательств по договору до получения необходимой информации, предварительно проинформировав Пациента об этом.
- 2.2.10. отступить от запланированного графика приема (переназначить/отменить прием) Пациента (кроме случаев требующих экстренного вмешательства) в случае:
- если состояние здоровья Пациента не позволяет выполнить назначенное лечение, в том числе, если по медицинским показаниям, состояние аффекта, алкогольного, наркотического или токсического опьянения не позволит выполнить назначенное лечение;
  - если действия Пациента угрожают жизни и здоровью персонала или/и других Пациентов медицинского учреждения;
  - возникновения непредвиденных объективных причин, в том числе при лечении других Пациентов;
  - обо всех отказах делается запись в медицинской карте Пациента.
- 2.2.11. отказать Пациенту в предоставлении услуг в случае его отказа засвидетельствовать свое согласие с условиями данного договора личной подписью, и предоставить паспортные данные, с указанием места регистрации, для заполнения медицинской карты, при фактическом отказе Пациента от подписания плана обследования/лечения, от выполнения медицинского вмешательства, в случае неисполнения Пациентом обязательств по оплате лечения в соответствии с п.3.11 настоящего договора, при многократном (два или более раза) и/ или грубом, в том числе однократном, нарушении Пациентом правил внутреннего распорядка для пациентов, порядка получения услуг (при нарушении Пациентом плана обследования/лечения, режима осуществляемых процедур, несоблюдении врачебных рекомендаций и назначений).
- 2.2.11. Со стороны Исполнителя договор может быть подписан с использованием факсимиле и принтерного изображения печати; при этом Стороны признают равную юридическую силу договора, подписанного со стороны Исполнителя собственноручно и скрепленного печатью и подписанного с использованием факсимиле и принтерного изображения печати
- 2.3. Пациент обязуется:

- 2.3.1. достоверно и полно сообщить данные, имеющие отношение к анамнезу жизни, анамнезу заболевания путём заполнения предложенной Исполнителем анкеты пациента или при устном опросе специалистом Исполнителя;
- 2.3.2. при посещении Исполнителя иметь при себе документ, удостоверяющий личность, полис добровольного медицинского страхования при получении медицинских услуг Исполнителя также в рамках страховых программ; Для оформления листа временной нетрудоспособности к перечисленным документам необходимо предъявить СНИЛС;
- 2.3.3. являться на консультации, назначенные процедуры и профилактические осмотры вовремя. При невозможности явиться на консультацию, процедуру или осмотр предупредить Исполнителя не позднее, чем за одни сутки до начала консультации (процедуры, осмотра) в часы работы Исполнителя по телефону (812)984-56-05, (812)985-55-72;
- 2.3.4. сообщать сотрудникам Исполнителя обо всех изменениях в состоянии своего здоровья на очередной консультации или процедуре;
- 2.3.5. строго выполнять назначения и рекомендации сотрудников Исполнителя, соблюдать назначенный лечебно-охранительный режим. Подписание настоящего договора со стороны Пациента свидетельствует 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 указаний (рекомендаций) Исполнителя;
- 2.3.6. строго соблюдать порядок и режим, установленные в помещении Исполнителя, а также указания сотрудников Исполнителя;
- 2.3.7. при необходимости временной приостановки лечения более чем на семь дней уведомить Исполнителя в форме, позволяющей объективно установить факт отправки уведомления Пациентом и факт получения уведомления Исполнителем;
- 2.3.8. по требованию специалистов Исполнителя удостоверять личной подписью в медицинской документации факты ознакомления с планом диагностики и лечения, ознакомления с врачебными назначениями и рекомендациями, сроками и стоимостью оказания услуг, а также отсутствия претензий к промежуточным итогам лечения (при их отсутствии);
- 2.3.9. удостоверить 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 неотъемлемыми приложениями к настоящему договору;
- 2.3.10. при возникновении связанных с лечением вопросов или осложнений, включая обращение и (или) непредвиденную госпитализацию в другое медицинское учреждение, сообщать об этом лечащему врачу или администратору Исполнителя по телефону (812)984-56-05, (812)985-55-72;
- 2.3.11. оплатить медицинские услуги, включая дополнительные медицинские услуги, вызванные двусторонне согласованным изменением плана лечения, в срок и в размере, установленные настоящим договором в день их оказания или внести авансовый платеж на депозитный договор до оказания услуг.
- 2.3.12. следовать плану лечения, срокам, этапам лечения, срокам визитов, в том числе на профилактические и контрольные обследования и осмотры. Самостоятельно обратиться к администратору медицинского учреждения для согласования времени и даты рекомендованного врачом приема.
- 2.4. Пациент имеет право:
- 2.4.1. на достоверную, своевременную и полную информацию о состоянии своего здоровья способом, определённым в настоящем договоре;
- 2.4.2. на получение надлежаще заверенных копий медицинской документации в течение десяти дней со дня обращения к Исполнителю с соответствующим письменным заявлением;
- 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 фактически оказанные услуги Исполнителю;
- 2.4.5. Пациенту гарантируются все права, определённые законодательством об охране здоровья граждан.
- 2.5. Права и обязанности Сторон при несовпадении в одном лице Заказчика как плательщика по настоящему договору и Пациента:
- 2.5.1. Исполнитель, помимо обязанностей перед Пациентом, определённых в п. 2.1. настоящего договора, несёт перед Заказчиком обязанности, определённые в п.п. 2.1.1., 2.1.2., 2.1.3., 2.1.4., 2.1.13. настоящего договора, а также обязанности, предусмотренные в п.п. 2.1.9., 2.1.11., 2.1.12. настоящего договора, если несовпадение в одном лице Заказчика и Пациента вызвано недееспособностью Пациента в силу несовершеннолетнего возраста, ограничения или лишения дееспособности в установленном законом порядке, и выполнения Заказчиком функций законного представителя Пациента;
- 2.5.2. Заказчик несёт обязанности, определённые в п. 2.3.11. настоящего договора, а также несёт обязанности, предусмотренные в п.п. 2.3.1.-2.3.10 настоящего договора, либо обеспечивает их выполнение Пациентом, если несовпадение в одном лице Заказчика и Пациента вызвано недееспособностью Пациента в силу несовершеннолетнего возраста, ограничения или лишения дееспособности в установленном законом порядке, и выполнения Заказчиком функций законного представителя Пациента;
- 2.5.3. Заказчик обладает правами, предусмотренными в п. 2.4. настоящего договора, за исключением прав, определённых в п. 2.4.5., являющихся неотчуждаемыми и неразрывными с личностью Пациента.

### 3. ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЁТОВ

- 3.1. Цена настоящего договора складывается из стоимости медицинских услуг и расходов (издержек) Исполнителя, связанных с оказанием услуг Пациенту.
- 3.2. Пациент ознакомился с прейскурантом на оказываемые услуги (части оказываемых услуг), размещенном в свободном доступе. Прейскурант является текущей (меняющейся) ценой в части оказываемых услуг. Цена определяется на момент согласования оказания услуг или ее части, отраженной в прейскуранте.
- 3.3. Исполнитель информирует Пациента о стоимости медицинской услуги до ее начала. Если в ходе оказания медицинских услуг, выявляется объективная необходимость изменения объема услуг (уменьшения или увеличения), Стороны могут согласовать соответствующее изменение их общей стоимости. Осуществление оплаты означает согласие Пациента с объемом оказанных услуг и с их стоимостью.
- 3.4. Стоимость услуг, оказываемых по настоящему договору, определяется в соответствии с прейскурантом Исполнителя и планом диагностики и лечения, согласованного Сторонами, и на момент заключения настоящего Договора составляет \_\_\_\_\_ . Окончательная стоимость определяется после окончания лечения в соответствии с прейскурантом Исполнителя и фактическим объемом оказанных услуг.
- 3.5. Если в ходе оказания медицинских услуг выявляется объективная необходимость изменения согласованного Сторонами плана диагностики и лечения, влекущего изменение цены договора вследствие изменения объема услуг, стоимость услуг может быть скорректирована обеими Сторонами как в сторону уменьшения, так и в сторону увеличения.
- 3.6. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Пациента. Без согласия Пациента Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе. Согласие Пациента на получение и оплату дополнительных медицинских услуг на возмездной основе оформляется Дополнительным соглашением, которое после его подписания Пациентом становится неотъемлемой частью настоящего Договора.
- 3.7. Если предметом настоящего договора являются услуги, оказываемые курсом, оплата производится за каждую процедуру отдельно, либо путём полного или частичного авансирования курса лечения с последующей доплатой оставшейся суммы.
- 3.8. Стоимость медицинских услуг, оказываемых Исполнителем в рамках комплексных программ, фиксируется в договоре и в дальнейшем изменению не подлежит.
- 3.9. Оплата производится в рублях в безналичном порядке, в наличном порядке путём внесения денежных средств в кассу Исполнителя либо в смешанном (наличном, безналичном) порядке.
- 3.10. Пациент оплачивает Исполнителю затраты (издержки: стоимость материалов, дополнительных лекарств и т.п.), осуществлённые Исполнителем для оказания медицинских услуг Пациенту. Оплата издержек осуществляется по мере их возникновения.

#### **4. СРОК ДОГОВОРА И СРОКИ ОЖИДАНИЯ УСЛУГ**

- 4.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания его обеими Сторонами.
- 4.2. Настоящий Договор действует в течение 12 (двенадцати) месяцев со дня его заключения. В случае если не позднее чем за 30 (тридцать) дней до окончания срока действия настоящего Договора любая из Сторон не направит другой Стороне уведомление об отказе от продления, то срок действия настоящего Договора автоматически продлевается на следующие 12 (двенадцать) месяцев. Срок действия настоящего Договора может быть продлен в вышеуказанном порядке неоднократно.
- 4.3. Сроки ожидания платных медицинских услуг по Договору составляют:
  - 4.3.1. при оказании медицинской помощи в плановой форме – не более 30 календарных дней с момента обращения,
  - 4.3.2. при оказании медицинской помощи в неотложной форме – не более 2 часов с момента обращения.
- 4.4. Срок ожидания медицинских услуг может быть продлён на соответствующее количество дней в случаях:
  - 4.4.1. временной приостановки лечения Заказчиком и Пациентом в порядке п. 2.3.7. настоящего договора – на количество дней приостановки;
  - 4.4.2. необходимости замены лечащего врача или организации консультаций других специалистов – на количество дней, необходимых для осуществления замены лечащего врача или организации консультаций других специалистов;
  - 4.4.3. объективной необходимости изменения намеченного и согласованного Сторонами плана диагностики и лечения, влекущего изменение объёма оказываемых услуг;
  - 4.4.4. невыполнения Пациентом указаний (рекомендаций) Исполнителя в лице медицинских работников, если такое невыполнение повлекло невозможность начать оказание медицинских услуг в срок, определённый в соответствии с условиями настоящего договора.
- 4.5. Настоящий договор может быть расторгнут ранее окончания срока действия в следующем порядке:
  - 4.5.1. по инициативе Исполнителя:
    - 4.5.1.1. при невыполнении Пациентом и (или) Заказчиком обязательств по оплате услуг, в том числе нарушении сроков оплаты. 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 услуг не возвращается в том случае, когда она соответствует фактически оказанным услугам; при оказании услуг на сумму, большую оплаченной Пациентом и (или) Заказчиком, Пациент и (или) Заказчик обязан оплатить недостающую сумму за фактически оказанные услуги;
    - 4.5.1.2. при нарушении Пациентом условий настоящего договора, связанных с получением услуг, а именно: при нарушении Пациентом плана диагностики и лечения, режима осуществляемых процедур, нарушении диеты, несоблюдении врачебных рекомендаций и назначений, при отказе Пациента от необходимых обследований, не прохождении которых препятствует дальнейшему оказанию услуг. В случаях, определённых настоящим пунктом,

одностороннее расторжение настоящего договора по инициативе Исполнителя возможно только при наличии указанных плана диагностики и лечения, режима процедур, диеты, рекомендаций и назначений в соответствующей медицинской документации и доведении её содержания до Пациента;

- 4.5.1.3. 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;
- 4.5.1.4. при невозможности осуществления (продолжения) лечения, выявленной в ходе осмотра, по причине возникновения и (или) обнаружения у Пациента медицинских противопоказаний к оказанию медицинских услуг.
- 4.5.2. по инициативе Пациента и (или) Заказчика:
  - 4.5.2.1. при нарушении Исполнителем установленных сроков ожидания услуг (оказание которых осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, в случае участия Исполнителя в реализации территориальной программы);
  - 4.5.2.2. по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством. При расторжении настоящего договора по иным основаниям и при отсутствии вины Исполнителя Заказчик и (или) Пациент возмещает Исполнителю все фактически понесённые последним расходы. В данном случае стоимость уже оказанных Пациенту услуг не возвращается.
- 4.6. В случае объективной невозможности исполнения настоящего договора любой из Сторон, а также при расторжении настоящего договора по предусмотренным в настоящем разделе основаниям, при наличии предоплаты со стороны Пациента, Исполнитель в течение десяти рабочих дней со дня обращения к Исполнителю с соответствующим письменным заявлением осуществляет возврат денежных средств за исключением стоимости фактически оказанных услуг.
- 4.7. Настоящий договор может быть расторгнут при невыполнении Пациентом обязательств по оплате, в том числе при нарушении сроков оплаты.

## **5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

- 5.1. Исполнитель несёт ответственность за соблюдение норм санитарно-гигиенического режима, эффективности и правильности эксплуатации медицинского оборудования, выполнения врачебных и сестринских манипуляций, соблюдения методик диагностики, профилактики, лечения, профессиональной этики и деонтологии, ведения медицинской документации.
- 5.2. За невыполнение или ненадлежащее выполнение обязанностей по настоящему договору Стороны несут следующую ответственность:
  - 5.2.1. Исполнитель несёт ответственность:
    - 5.2.1.1. за нарушение п.п. 2.1.1.-2.1.7., 2.1.10. настоящего договора – ответственность, предусмотренную действующим гражданским законодательством, законодательством об охране здоровья и о защите прав потребителей.
    - 5.2.1.2. за несоблюдение по вине Исполнителя сроков оказания услуг - ответственность, предусмотренную действующим гражданским законодательством, законодательством о защите прав потребителей; при этом Пациент вправе согласовать с Исполнителем новый срок оказания услуги или потребовать оказания услуги другим специалистом.
  - 5.2.2. Пациент несёт ответственность:
    - 5.2.2.1. за невыполнение денежного обязательства по оплате услуг и возмещению расходов (издержек) в порядке и в размере, предусмотренном действующим законодательством.
- 5.3. При несовпадении в одном лице Заказчика как плательщика по настоящему договору и Пациента имущественную ответственность за неисполнение обязательств по оплате несёт Заказчик.
- 5.4. При обращении Пациента и (или) Заказчика к Исполнителю с претензией в связи с невыполнением или ненадлежащим выполнением Исполнителем обязательств по настоящему договору Исполнитель в течение десяти календарных дней со дня получения претензии и необходимых документов, подтверждающих доводы претензии, от Пациента и (или) Заказчика, осуществляет клинико-экспертную оценку качества оказания медицинских услуг; при этом Исполнитель вправе привлечь к проведению оценки качества услуг специалистов, не являющихся сотрудниками Исполнителя. Пациент и (или) Заказчик 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 клинико-экспертного контроля; при этом предоставление медицинской документации указанным лицам в случае, предусмотренном настоящим пунктом договора, не является со стороны Исполнителя нарушением обязанности, предусмотренной в п. 2.1.10. настоящего договора.
- 5.5. Исполнитель освобождается от ответственности за наступление осложнений, возникновение побочных результатов, ухудшение первоначально достигнутого результата в случаях: отказа Заказчика и (или) Пациента 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 Заказчика и (или) Пациента 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, выявленные в процессе оказания услуги. Кроме того, Исполнитель освобождается от ответственности за наступление осложнений, не связанных с нарушением Исполнителем методик диагностики, профилактики и лечения.
- 5.6. Стороны освобождаются от ответственности за невыполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему договору, возникшее вследствие форс-мажорных обстоятельств, а именно: пожара, землетрясения,

наводнения, катастроф, военных действий, решений органов государственной власти и суда, а также иных непреодолимых обстоятельств и их последствий.

## 6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

- 6.1. При возникновении споров и разногласий, вытекающих из настоящего договора или в связи с ним, Стороны примут все усилия к урегулированию спора в досудебном порядке.
- 6.2. При невозможности урегулирования спора путём переговоров Стороны передают спор на рассмотрение в суд с соблюдением правил о подведомственности и подсудности.
- 6.3. Настоящий договор составлен на русском языке в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Пациента. При несовпадении в одном лице Пациента и Заказчика как плательщика по договору и отсутствия у Заказчика статуса законного представителя Пациента, договор составляется в трёх экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Пациента, третий – у Заказчика.
- 6.4. Пациент должен осознавать, что при работе Исполнителя с ним, возможно выявление дополнительных патологий, анатомических и физиологических особенностей Пациента или особенностей в характере течения заболевания и выявленных особенностях повреждений систем и органов, что может повлечь изменения в плане лечения и дополнительные финансовые расходы со стороны Пациента.
- 6.5. Исполнитель предоставляет Пациенту гарантию в соответствии с Положением о предоставлении гарантий на медицинские услуги. По истечении гарантийных сроков возможно возникновение новых и несвязанных с проведенным лечением патологических состояний. Эффективное и безопасное использование результатов медицинских услуг по истечении гарантийного срока/срока службы возможно и может быть определено на контрольных осмотрах. Исполнитель гарантирует применение современных способов лечения, но не может гарантировать полного излечения Пациента.
- 6.6. Гарантийные сроки устанавливаются Исполнителем с учетом индивидуальных особенностей лечения пациента при условии выполнения Пациентом всех рекомендаций врача и обязательного прохождения контрольных осмотров в соответствии с рекомендациями врача, но не реже одного раза в шесть месяцев. Право требования возмещения убытков возникает в соответствии с порядком, установленным в п.1, п.6 ст.29 Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей».
- 6.7. По истечении гарантийных сроков возможно возникновение новых и несвязанных с проведенным лечением патологических состояний.
- 6.8. Все изменения и дополнения к настоящему договору вносятся в той же форме, что и сам договор, и вступают в силу с момента подписания их обеими сторонами.
- 6.9. Исполнитель доводит до потребителя и (или) заказчика информацию о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации, а также сообщает почтовый адрес или адрес электронной почты (при наличии), на которые может быть направлено обращение (жалоба). В случае если такая информация исполнителем не предоставлена, потребитель и (или) заказчик вправе направить обращение (жалобу) в любой форме и любым способом. При предъявлении потребителем и (или) заказчиком требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной медицинской услуги), исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей".
- 6.10. Заказчик/пациент/законный представитель вправе подать обращение на качество оказанной медицинской услуги устно при обращении на прием к руководству клиники (предварительная запись по телефону (812)984-56-05, (812)985-55-72 обязательна), либо письменно:
  - 1) оставив отзыв в Книге отзывов и предложений,
  - 2) на официальном сайте клиники (<https://mrtneva.ru/>),
  - 3) непосредственно у администратора клиники или у руководителя. Обращение должно соответствовать требованиям Законодательства. Ответ на письменное обращение по результатам рассмотрения будет направлен заявителю заказным письмом по Почте России.

## 7. ПОДПИСИ И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Адреса и реквизиты Сторон, указанные в настоящем разделе, являются надлежащими и достаточными для осуществления Сторонами извещений, уведомлений, направления претензий, заявлений, рекламаций, как предусмотренных, так и не предусмотренных настоящим договором. Стороны обязуются незамедлительно уведомлять друг друга о любых изменениях в указанных ниже реквизитах.

### Исполнитель

**ООО «МРТ ЦЕНТР РЫБАЦКОЕ»**

**Место нахождения:** 192177, Россия, Санкт –Петербург, Шлиссельбургский проспект дом 7 литера А, помещение 155.

**Место оказания услуг:** 192177, Санкт-Петербург, Шлиссельбургский проспект дом 7 лит. А, часть пом 3-Н (часть пом. 37)

192177, Санкт-Петербург, Шлиссельбургский проспект дом 7 лит. А, часть пом. 3Н (часть пом.20)

Тел.: 9845605, 9855572

**ОГРН:** 1167847229065

Свидетельство о государственной регистрации серия 78 № 009503898, выдано 23.05.2016г. Межрайонной инспекцией ФНС России № 15 по Санкт-Петербургу

### Заказчик / Пациент/законный представитель

**Фамилия** \_\_\_\_\_

**Имя** \_\_\_\_\_ **Отчество** \_\_\_\_\_

**Отношение к Пациенту**

**(для заказчика)** \_\_\_\_\_

паспорт номер \_\_\_\_\_

дата выдачи \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Г.

адрес \_\_\_\_\_ места \_\_\_\_\_ жительства \_\_\_\_\_

электронная почта \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

факс (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ ,

телефон (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ .

**ИНН 7811610793, КПП 781101001**

Р/сч: 40702810355000086454 в Северо-Западном банке

ПАО СБЕРБАНК

К/с: 30101810500000000653

БИК: 044030653

**Лицензия на осуществление медицинской деятельности:**

ЛО41-01148-78/00357099 от 14.10.2020 года.

**Лицензирующий орган, его адрес и телефон:**

Комитет по здравоохранению г. Санкт-Петербурга: 191023, ул.

Малая Садовая, д. 1; тел. (812) 63-555-64

**Генеральный директор**

**Феденко И. В.**

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Заказчика(Пациента) / «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. / расшифровка

**ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ  
К ДОГОВОРУ  
ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № \_\_\_\_\_**

г. Санкт-Петербург

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

ООО «МРТ ЦЕНТР РЫБАЦКОЕ», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Генерального директора Феденко Ирины Валерьевны, действующей на основании Устава, согласно Лицензии на осуществление медицинской деятельности ЛО41-01148-78/00357099 от 14.10.2020 года, выданной Комитетом по здравоохранению администрации Санкт – Петербурга (в соответствии с перечнем выполняемых работ, оказываемых услуг), расположенное по адресу: 192177, Санкт-Петербург, Шлиссельбургский пр., д. 7, лит. А, часть пом. 3-Н (часть пом. 37) и 192177, Санкт-Петербург, Шлиссельбургский пр., д. 7, лит. А, часть пом. 3Н (часть пом. 20), тел. (812)984-56-05, (812)985-55-72 и свидетельства о регистрации юридического лица серии 78 №009503898, выданного Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №15 по Санкт-Петербургу от 23.05.2016 года ОГРН 1167847229065 с одной стороны,

**и гражданин(-ка) РФ \_\_\_\_\_**, в дальнейшем именуемый(-ая)

Пациент в случае непосредственного получения медицинских услуг по настоящему договору, или Заказчик в случае заключения договора в интересах третьего лица (Пациента), с другой стороны, в дальнейшем совместно именуемые Стороны, заключили настоящее дополнительное соглашение к договору возмездного оказания медицинских услуг о нижеследующем:

1. В соответствии с п. 3.4 договора возмездного оказания медицинских услуг и в связи с возникновением необходимости в предоставлении на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, стороны договорились внести дополнения в пункт 1.1. договора:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Стоимость услуг, оказываемых по настоящему дополнительному соглашению, определяется в соответствии с прейскурантом Исполнителя, планом диагностики и лечения:

\_\_\_\_\_

3. Во всем остальном, что не оговорено настоящим соглашением, стороны руководствуются положениями договора возмездного оказания медицинских услуг п/х.

4. Дополнительное соглашение вступает в силу с момента его подписания обеими сторонами и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств и является неотъемлемой частью договора возмездного оказания медицинских услуг п/х № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_.

5. Настоящее соглашение составлено в двух идентичных экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

**ПОДПИСИ И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

Адреса и реквизиты Сторон, указанные в настоящем разделе, являются надлежащими и достаточными для осуществления Сторонами извещений, уведомлений, направления претензий, заявлений, рекламаций, как предусмотренных, так и не предусмотренных настоящим договором.

Стороны обязуются незамедлительно уведомлять друг друга о любых изменениях в указанных ниже реквизитах.

**Исполнитель**

**ООО «МРТ ЦЕНТР РЫБАЦКОЕ»**

**Место нахождения:** 192177, Россия, Санкт – Петербург, Шлиссельбургский проспект дом 7 литера А, помещение 155.

**Место оказания услуг:** 192177, Санкт-Петербург, Шлиссельбургский проспект дом 7 лит. А, часть пом 3-Н (часть пом. 37)

192177, Санкт-Петербург, Шлиссельбургский проспект дом 7 лит. А, часть пом. 3Н (часть пом.20)

Тел.: 9845605, 9855572

**ОГРН:** 1167847229065

Свидетельство о государственной регистрации серия 78 № 009503898, выдано 23.05.2016г. Межрайонной инспекцией ФНС России № 15 по Санкт-Петербургу

**ИНН 7811610793, КПП 781101001**

Р/сч: 40702810355000086454 в Северо-Западном банке

ПАО СБЕРБАНК

К/с: 3010181050000000653

БИК: 044030653

**Лицензия на осуществление медицинской деятельности:**

ЛО41-01148-78/00357099 от 14.10.2020 года.

**Лицензирующий орган, его адрес и телефон:**

Комитет по здравоохранению г. Санкт-Петербурга: 191023, ул. Малая Садовая, д. 1; тел. (812) 63-555-64

**Генеральный директор**

**Феденко И. В.**

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Заказчик / Пациент/законный представитель**

**Фамилия** \_\_\_\_\_

**Имя** \_\_\_\_\_ **Отчество** \_\_\_\_\_

**Отношение к Пациенту**

**(для заказчика)** \_\_\_\_\_

паспорт номер \_\_\_\_\_

дата выдачи \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ г.

адрес \_\_\_\_\_ места \_\_\_\_\_ жительства \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

электронная почта \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

факс (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

телефон (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Заказчика(Пациента) / \_\_\_\_\_ / расшифровка

**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. N 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 ООО «МРТ ЦЕНТР РЫБАЦКОЕ»  
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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. N 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. 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), в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ (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.  
(дата оформления)

**ПЕРЕЧЕНЬ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, НА КОТОРЫЕ ГРАЖДАНЕ  
ДАЮТ ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПРИ ВЫБОРЕ ВРАЧА И МЕДИЦИНСКОЙ  
ОРГАНИЗАЦИИ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

**Приложение  
к Информированному добровольному согласию  
на медицинское вмешательство  
(является неотъемлемой частью Информированного добровольного согласия  
на медицинское вмешательство)**

Мне в доступной форме предоставлена информация о том, в чем именно в процессе оказания медицинской услуги состоит воздействие на мое здоровье и наступление каких возможных последствий для моего здоровья в итоге оказания услуги является допустимым с охватом как ожидаемых желательных, так и возможных нежелательных побочных или сопутствующих эффектов, а также вероятных осложнений, в том числе возможность возникновения неприятных и/или болевых ощущений во время и после процедур, развития индивидуальной непереносимости лекарственных средств, аллергической реакции (появление на коже пятен, сыпи, отека мягких тканей, анафилактического шока), возникновению гематомы (кровоизлияния) в месте инъекции, обуславливающей неприятные ощущения в области инъекции, эрозии в месте инъекции, токсической реакции на обезболивающее вещество (тошнота, рвота, головокружение, головные боли, кратковременная потеря сознания, нарушение координации), истерической реакции, развития длительного онемения в области инъекции, обусловленного попаданием препарата в нерв, кровотечения, гипертонии, обморока, коллапса, судорожных состояний, развития тромбоза, эмболии, воспалительного процесса, обострения сопутствующих заболеваний, колебаний артериального давления, механического повреждения органа, воспаления внутренней стенки вены с ее последующим тромбозом, проникновения инфекции, а также возможность развития неблагоприятного жизненного прогноза.

Мне также разъяснено, что в процессе оказания медицинской услуги мне может потребоваться выполнение манипуляций и вмешательств, не указанных в настоящем информированном добровольном согласии. При возникновении таких обстоятельств и объективной невозможности получения моего согласия на выполнение таких вмешательств (в случае необходимости экстренного медицинского вмешательства для предупреждения наступления неблагоприятных последствий для моего здоровья) я согласен (согласна), что такое вмешательство будет выполнено по решению консилиума врачей.

Мне разъяснено и понятно, что отказ от выполнения показанных мне медицинских вмешательств обуславливает невозможность своевременного получения лечащим врачом объективной диагностической информации, выявления патологического процесса, оценки степени риска развития того или иного заболевания, определения тактики лечения, что в совокупности может повлечь отказ в оказании медицинской услуги.

### 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 **ООО «МРТ ЦЕНТР РЫБАЦКОЕ»**

(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. N 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) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

" " \_\_\_\_\_ г.  
 (дата оформления)

## ООО «МРТ ЦЕНТР РЫБАЦКОЕ»

192177, г. Санкт-Петербург, Шлиссельбургский проспект, д. 7, лит. А, часть пом. 3Н,  
часть пом. 20. (Центры)

192177, г. Санкт-Петербург, Шлиссельбургский проспект, д. 7, лит. А, часть пом. 3-Н (часть пом. 37).

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ,

Я,

(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных/законного представителя)

Дата рождения: «\_\_\_» \_\_\_\_\_ г.р., зарегистрированный(ая) по адресу:

(адрес регистрации по месту жительства)

фактически проживающий(ая) по адресу:

(адрес проживания)

документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_

(наименование документа, удостоверяющего личность, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

СНИЛС

(заполняется при наличии у субъекта персональных данных сведений о СНИЛС)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ и Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", в целях оказания мне (представляемому мной лицу) медицинских услуг и иных услуг, в том числе идентификации; отражения информации в медицинской документации; предоставления сведений страховым и иным компаниям (в случае оплаты ими оказываемых услуг), в том числе с целью выяснения ими обстоятельств страхового случая и администрирования дела о страховом случае; предоставления установленной законодательством отчетности в отношении оказанных медицинских услуг, даю свое согласие на обработку

## ООО «МРТ ЦЕНТР РЫБАЦКОЕ»

(наименование медицинской организации)

расположенно(ой) по адресу(ам):

192177, г. Санкт-Петербург, Шлиссельбургский проспект, д. 7, лит. А, часть пом. 3Н,  
часть пом. 20. (Центры)

192177, г. Санкт-Петербург, Шлиссельбургский проспект, д. 7, лит. А, часть пом. 3-Н (часть пом. 37).

(далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные и данные о состоянии рожденного мною ребенка при условии, что их обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, всеми возможными способами. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим лицам в целях моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и бумажном носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, а также сводки и системы хранения данных, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в медицинской документации, а также договором на оказание медицинской помощи по программе ДМС.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в договорах ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями, иными медицинскими организациями с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну. иные сведения, полученные при обследовании и лечении) посредством внесения их в электронную базу данных, в том числе - обработку персональных данных Исполнителем в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг по настоящему Договору, осуществления деятельности Исполнителя, в том числе научной и образовательной, направления Пациенту информации о медицинских услугах оказываемых Исполнителем и рекламных материалов, Пациент предоставляет право медицинским работникам Исполнителя передавать персональные данные Пациента, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим работникам Исполнителя, в том числе, в интересах обследования и лечения, когда применимо, производить обмен (прием и передачу) персональных данных Пациента по договорам

со страховой медицинской организацией с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну;

согласие на индивидуальное общение с индивидуальным менеджером посредством электронной почты, мессенджеров, телефонной связи и СМС-сообщений, для сопровождения пациента по вопросам прохождения дальнейшего лечения в соответствии с утвержденным с лечащим врачом планом лечения.

Даю согласие на обработку (включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) моих персональных данных, в Единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения в лице Министерства здравоохранения, обеспечивающей обработку, включая сбор и хранение, биометрических персональных данных, их проверку и передачу информации о степени их соответствия предоставленным биометрическим персональным данным физического лица, в целях моей регистрации в Единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения - ЕГИСЗ (Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения в лице Министерства здравоохранения):

**Подпись пациента/законного представителя пациента:**

**Согласен**

Я разрешаю предоставлять, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, следующим физическим лицам:

---

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие действует с даты его подписания и действует бессрочно. При этом Исполнитель вправе продолжить обработку персональных данных, на осуществление которой в соответствии с законодательством согласие Пациента не требуется.

В соответствии со статьями 13 и 22 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» выражаю ФИО, дата рождения, паспорт, согласие на запрос, разглашение, передачу и получение в письменном виде сведений о моем состоянии здоровья, планируемом и проводимом медицинском вмешательстве, тактике лечения и другой информации, связанной с оказанием мне медицинской помощи в любых медицинских организациях на территории Российской Федерации. Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления. Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

**Подпись пациента/законного представителя пациента:**

---

Дата: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

### Анкета о состоянии здоровья пациента

**Уважаемый Пациент! Следующая информация важна для составления оптимального Плана лечения, с учетом состояния Вашего здоровья. Неправильная или неполная информация может повредить Вашему здоровью. Все сведения, предоставленные в анкете, не будут переданы посторонним лицам.**

- ❖ **Пожалуйста ответьте на вопросы;**
- ❖ **Если вопрос не понятен или Вы не уверены в ответе, обсудите этот вопрос с врачом;**
- ❖ **Все изменения в состоянии Вашего здоровья должны быть сообщены нам при первой возможности.**

#### Анкета о здоровье пациента

**Просим Вас обвести кружочком или подчеркнуть ответ Да или Нет или ответить на вопросы:**

Ваш вес: \_\_\_\_\_ Год назад \_\_\_\_\_ Желаемый вес \_\_\_\_\_ Ваш возраст \_\_\_\_\_

Наблюдаюсь (состою на учете) у кардиолога..... ДА НЕТ

Заболевания сердца (стенокардия, порок сердца, другие заболевания)..... ДА НЕТ

Проводилась ли операция на сердце? (если да, то когда)..... ДА НЕТ

У меня имеется кардиостимулятор..... ДА НЕТ

Постоянно или периодически принимаю сердечные препараты..... ДА НЕТ

Повышается или понижается артериальное давление..... ДА НЕТ

Постоянно или периодически принимаю препараты, разжижающие кровь..... ДА НЕТ

Инсульт, атеросклероз..... ДА НЕТ

Заболевания крови..... ДА НЕТ

Нарушение свертываемости крови, длит. Кровотечение (образование синяков)..... ДА НЕТ

Заболевания легких..... ДА НЕТ

Заболевание бронхов..... ДА НЕТ

Туберкулез..... ДА НЕТ

Заболевание почек..... ДА НЕТ

Заболевание печени (если есть, то какие)..... ДА НЕТ

Гепатит (если ДА, то какой (А,В,С,Д,Е) и когда выявлен..... ДА НЕТ

Заболевания желудка, кишечника..... ДА НЕТ

Дизбактериоз кишечника (был, есть)..... ДА НЕТ

Заболевания поджелудочной железы..... ДА НЕТ

Сахарный диабет (какого типа: I или II)..... ДА НЕТ

Проводилось исследование на ВИЧ/СПИД- результат..... ДА НЕТ

Венерические заболевания..... ДА НЕТ

Другие инфекционные заболевания..... ДА НЕТ

Заболевания головного мозга, нервной системы..... ДА НЕТ

Эпилепсия, судороги..... ДА НЕТ

Сострясение головного мозга (когда)..... ДА НЕТ

Периодически бывают головокружения..... ДА НЕТ

Принимаю антидепрессанты или аналогичные препараты..... ДА НЕТ

Являетесь ли Вы дононом? (последняя сдача крови)..... ДА НЕТ

Проводилось ли переливание крови, других лекарственных препаратов?- когда..... ДА НЕТ

Заболевания уха, горла, носа..... ДА НЕТ

Заболевания пазух верхней челюсти(гайморовых пазух)..... ДА НЕТ

Заболевания глаз..... ДА НЕТ

Глаукома (повышение внутриглазного давления)..... ДА НЕТ

Заболевания щитовидной железы..... ДА НЕТ

Заболевания костей и суставов..... ДА НЕТ

Остеохондроз (заболевания позвоночника)..... ДА НЕТ

За последние 6-12 месяцев проводилось лечение у других специалистов..... ДА НЕТ

За последние 6 месяцев проводились диагностические или лечебные инъекции..... ДА НЕТ

Состою на учете в медицинской организации..... ДА НЕТ

Проведенные операции (какие именно и когда)..... ДА НЕТ

Моя работа, учеба, служба в армии, на флоте связаны (ранее были связаны) с вредными факторами: химическими, с излучениями, высоким давлением, с вибрациями, с другими вредными факторами..... ДА НЕТ

За последние 10 лет проводилась лучевая или химиотерапия..... ДА НЕТ

Прививки, сделанные за последние 12 месяцев..... ДА НЕТ

Последние медицинские обследования проводились в..... ДА НЕТ

Есть ли другие заболевания, симптомы и синдромы организма (не указанные выше?)..... ДА НЕТ

Я курю..... ДА НЕТ

Употребляете ли Вы: алкоголь: нет/редко/часто/лечился от алкогольной зависимости \_\_\_\_\_ год

Употребляете ли Вы наркотики: нет/редко/часто/лечился от наркотической зависимости \_\_\_\_\_ год

Выезжали ли Вы за пределы города и области за последние 6 месяцев?..... ДА НЕТ

Выезжали ли Вы в регионы, где зафиксировались вспышки инфекционных заболеваний?..... ДА НЕТ

Проводились ли Вам какие-либо медицинские манипуляции, хирургические вмешательства за последние 12 месяцев, какие?..... ДА НЕТ

Посещаете ли Вы косметолога?..... ДА НЕТ

Делаете ли Вы маникюр/педикюр, татуаж, шрамирование, пирсинг, перманентный макияж?..... ДА НЕТ

Проводились ли Вам сеансы иглоукалывания, иглорефлексотерапии..... ДА НЕТ

**АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (РЕАКЦИИ):**

На местные (стоматологические анестетики).....	ДА НЕТ
На мази, косметику.....	ДА НЕТ
На антибиотики.....	ДА НЕТ
На обезбаливающие препараты.....	ДА НЕТ
На гормональные препараты.....	ДА НЕТ
На витамины.....	ДА НЕТ
На препараты йода.....	ДА НЕТ
На пищевые продукты.....	ДА НЕТ
На пыльцу и растения.....	ДА НЕТ
На шерсть животных.....	ДА НЕТ
На стоматологические материалы.....	ДА НЕТ
На металлы.....	ДА НЕТ
На латекс.....	ДА НЕТ
На медицинские растворы.....	ДА НЕТ
На другие лекарственные препараты и вещества.....	ДА НЕТ
Другие аллергические заболевания.....	ДА НЕТ

**ВОПРОСЫ ДЛЯ ЖЕНЩИН:**

Беременны ли Вы?.....	ДА НЕТ
Являетесь ли Вы кормящей матерью?.....	ДА НЕТ
В последние 6 месяцев были роды?.....	ДА НЕТ
Имеется ли нарушение менструального цикла?.....	ДА НЕТ
Состою ли на учете гинеколога.....	ДА НЕТ
Постоянно или периодически принимаю противозачаточные препараты.....	ДА НЕТ
В последние 6-8 месяцев проводится лекарственная подготовка к беременности.....	ДА НЕТ
Сколько у Вас было беременностей _____ родов _____ аборт(ов) _____ выкидыш(ей) _____	

Я понимаю, что от полноты и своевременности предоставления мною информации зависят:

- диагностика, составление плана лечения и результаты лечения;
- гарантия на каждую работу, выполненную врачом.

Я знаю, что в случае приема лекарственных препаратов перед посещением врача, мне надо сообщить ему об этом;

Я знаю, что анкету о здоровье надо заполнять каждые полгода.

Я внимательно ознакомился(лась) с этой анкетой и искренне ответил(а) на все вопросы. Я понимаю, что мне необходимо своевременно предоставлять врачам информацию о моем здоровье и всех изменениях в состоянии моего здоровья. Я понимаю, что необходимо обновлять информацию в настоящей анкете каждые полгода.

Дополнительно могу сообщить о своем здоровье следующее \_\_\_\_\_

Я знаю, что каждый раз при посещении врача перед началом лечения необходимо сообщить врачу о принятых лекарственных препаратах, в случае их приема, об изменении в состоянии моего здоровья, если такие изменения произошли (происходят).

Я подтверждаю своей подписью достоверность информации:

---

*Подпись пациента, Ф.И.О. полностью*

Дата \_\_\_\_\_

**ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ**

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_

№ истории болезни \_\_\_\_\_

Врач, составивший план лечения \_\_\_\_\_

№№	Кол-во операций	Название манипуляции	цена	количество	сумма	Дата выполнения
1.						

**ИТОГ В СООТВЕТСТВИИ С ДЕЙСТВУЮЩИМ ПРЕЙСКУРАНТОМ:****СКИДКА:****ИТОГО К ОПЛАТЕ ПАЦИЕНТОМ:****ВРАЧ****СОГЛАСОВАНО**


---

*Подпись пациента, Ф.И.О. полностью*
**ДАТА**