

**Уведомление пациента о несоблюдении назначений  
(рекомендаций врача) при оказании пациенту платных медицинских услуг**

На основании пункта 24 раздела IV Постановления Правительства РФ от 11.05.2023 N 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006", подтверждаю, что до заключения договора Исполнитель в письменной форме уведомил меня (Пациента) о том, что несоблюдение 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 Пациента.

Пациент \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 г

**ДОГОВОР на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_**

г. Москва

\_\_\_\_\_ 20 г.

Общество с ограниченной ответственностью «Обновление» (ОГРН 1177746085967 от 01.02.2017 г., выдан Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 46 по г. Москве), именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице Управляющего-индивидуального предпринимателя Шойх Алексея Сергеевича, действующего на основании договора управления, с одной стороны, и гражданин (гражданка) \_\_\_\_\_, именуемый (ая) в дальнейшем "Пациент", с другой стороны, вместе в дальнейшем именуемые "Стороны", заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. Исполнитель обязуется оказывать Пациенту медицинские услуги, по своему профилю деятельности, в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, а Пациент оплачивать предоставленные услуги в соответствии с прейскурантом Исполнителя и настоящим договором.

1.2. Платные медицинские услуги предоставляются Исполнителем на основании перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-01137-77/00312578 от 05.03.2019г., срок действия – бессрочно, выданной Департаментом здравоохранения города Москвы (г. Москва, Оружейный пер., д.43, тел.(499) 251-83-00).

1.3. Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации, с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.

1.4. Пациент, в случае заключения договора подтверждает, что на момент подписания договора Исполнителем были доведены до его сведения: адрес юридического лица в пределах места нахождения юридического лица (территориально обособленного структурного подразделения юридического лица), основной государственный регистрационный номер, идентификационный номер налогоплательщика, адрес сайта Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" (далее - сеть "Интернет"), информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи, выписка из единого государственного реестра юридических лиц, правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 N 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006") (далее – Правила), стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги, сроки ожидания платных медицинских услуг, сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, образцы договоров на оказание платных медицинских услуг, информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи; информация о платных медицинских услугах, действующий перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации; прейскурант на медицинские услуги, утвержденный в установленном порядке, сроки и порядок их оплаты, условия предоставления платных медицинских услуг, положение о предоставлении платных медицинских услуг.

Я уведомлен (а) о стоимости услуги, планируемой к оказанию.

Пациент \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

1.5. Требования к платным медицинским услугам, в том числе к их объему и срокам предоставления, определяются по соглашению сторон договора, если федеральными законами или иными нормативными правовыми актами Российской Федерации не предусмотрены другие требования.

1.6. Платные медицинские услуги должны соответствовать номенклатуре медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию Пациента.

1.7. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором, определяется записью на прием Пациента, а также необходимыми назначениями, сделанными специалистом на приеме.

1.8. Сроки предоставления медицинских услуг, конкретизируются по соглашению с Пациентом из общего соматического статуса Пациента, его психоэмоционального состояния, наличия у Пациента и врача свободного времени, с учетом графика работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, остроты клинической ситуации, наличия возможности и необходимого медицинского оборудования.

**2. Обязанности сторон**

**2.1. Исполнитель обязуется:**

2.1.1. Предоставить для ознакомления информацию об Исполнителе, в соответствии с Правилами путем размещения ее на информационном стенде (стойке ресепшн) по месту предоставления медицинских услуг, а также на сайте Исполнителя.

2.1.2. До заключения договора в письменной форме уведомить Пациента о том, что несоблюдение 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 Пациента.

2.1.3. Предупредить Пациента в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором.

2.1.4. По заявлению Пациента выдать Пациенту медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских

документов), отражающие состояние его здоровья в сроки, предусмотренные действующим законодательством.

2.1.5. Платные медицинские услуги предоставить при наличии информированного добровольного согласия Пациента, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

2.1.6. Предоставить Пациенту по его требованию и в доступной для него форме информацию: о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения; об используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности, показаниях (противопоказаниях) к применению.

2.1.7. При оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

2.1.8. Довести до Пациента информацию о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации. Известить, что обращения, содержащие финансовые требования, связанные с некачественным оказанием услуг и причинением вреда здоровью при обращении к Исполнителю направляются по фактическому или юридическому адресу места нахождения Исполнителя по почте России или очно под отметку о приемке, остальные обращения (жалобы) содержащие нефинансовые требования могут быть направлены на адрес электронной почты info@geneclinic.ru или через форму обратной связи на сайте медицинской организации, мессенджеры Исполнителя.

2.1.9. Выдать в соответствии с приказом Минздрава России от 14.09.2020 N 972н "Об утверждении Порядка выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений", такие медицинские документы как медицинское заключение и справка, отражающие состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг в срок, не превышающий 3 рабочих дней.

2.1.10 По требованию Пациента составить смету, при этом она будет являться неотъемлемой частью договора.

## 2.2. Пациент обязуется:

2.2.1. Своевременно и в полном объеме оплатить медицинские услуги, оказанные Исполнителем, в сроки и в порядке, установленными настоящим договором.

2.2.2. Ознакомиться с информацией, утвержденной Исполнителем, размещенной на информационном стенде по месту предоставления услуг.

2.2.3. В случае нахождения на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

2.2.4. В соответствии Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» своей волей и в своем интересе настоящим Пациент подтверждает свое согласие на обработку персональных данных Пациента Оператором – Исполнителем. Пациент подтверждает свое согласие с тем, что обработка персональных данных Пациента и сведений, отнесенных к врачебной тайне, осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, ведения учета и систематизации оказанных услуг, в целях исполнения условий договоров по привлечению Пациентов, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований. В целях улучшения качества обслуживания, проведения оценки эффективности маркетинговых программ и качества медицинской помощи, настоящим также Пациент дает свое согласие на получение информации об услугах исполнителя в виде sms-сообщений, по e-mail (электронной почте) и телефону на указанный номер телефона и адрес электронной почты.

Даю / не даю согласие (нужное обвести) \_\_\_\_\_ (подпись Пациента) на обработку персональных данных, на использование моего номера телефона, адреса электронной почты для улучшения качества обслуживания, проведения оценки эффективности маркетинговых программ и качества медицинской помощи.

## 3. Цена договора, порядок расчетов

3.1. Стоимость услуг, оказываемых Пациенту, определяется исходя из объема оказанных услуг, по ценам, действующим на период оказания услуг и указанных в Прейскуранте.

3.2. Пациенту в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца).

3.3. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения внезапно возникшей угрозы жизни Пациента такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

3.4. Услуги Исполнителя могут быть оплачены самим Пациентом, либо третьими лицами в порядке, отдельно определенном Сторонами.

## 4. Ответственность

4.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

4.2. Вред, причиненный Исполнителем жизни или здоровью Пациента в результате предоставления ему некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

## 5. Порядок изменения и расторжения договора

5.1. В случае отказа Пациента после заключения договора от получения медицинских услуг - договор расторгается. Исполнитель информирует Пациента о расторжении договора по инициативе Пациента, при этом Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

5.3. Пациент вправе отказаться от исполнения договора возмездного оказания услуг при условии оплаты исполнителю фактически понесенных им расходов.

5.4. Договор составлен в 2 экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.

## 6. Адреса и реквизиты сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ	ПАЦИЕНТ
ООО «Обновление»	Ф.И.О.:
Адрес: 123290, город Москва, Мукомольный проезд, д. 2, помещ. 15н	Адрес места жительства:
ОГРН 1177746085967 ИНН / КПП 7714970906/773001001	Паспорт: серия _____ № _____ Кем выдан: _____ Дата выдачи: _____
	e-mail: _____ Телефон: _____
Телефон: +7 (495) 648-36-36	
Управляющий-индивидуальный предприниматель Шойх А.С. Подпись / _____ /	Ф.И.О. Подпись / _____ /

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 «Обновление»/ООО «Возрождение»**

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)