

ДОГОВОР на оказание платных медицинских услуг от «01» января 2019 г.

Общество с ограниченной ответственностью «ОкВид», именуемое в дальнейшем ИСПОЛНИТЕЛЬ, зарегистрированное Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №19 по Самарской области (ОГРН 1106324003290), действующее на основании лицензии № ЛО-63-01-002759 от 21 августа 2014г. (при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, офтальмологии), выданной Министерством здравоохранения Самарской области (г.Самара, ул. Ленинская, 73, тел. 8(846)3329444), в лице директора Барабанщиковой Любви Константиновны, действующей на основании Устава, с одной стороны, и

(Фамилия Имя Отчество), именуемый(ая) в дальнейшем ЗАКАЗЧИК, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. В соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, выданной бессрочно, на основании медицинских показаний, а также желания ЗАКАЗЧИКА, ИСПОЛНИТЕЛЬ в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006, ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется оказывать ЗАКАЗЧИКУ на возмездной основе медицинские услуги, а ЗАКАЗЧИК обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставляемых медицинских услуг.

1.2. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором, указывается в Приложении №1, которое является неотъемлемой его частью.

2. Стоимость услуг и порядок их оплаты

2.1. Стоимость платных медицинских услуг по настоящему договору определяется в соответствии с Прейскурантом ИСПОЛНИТЕЛЯ, действующим на момент оплаты. Действующий Прейскурант цен на медицинские услуги размещен на сайте www.zrenie-63.ru и на информационных стендах ИСПОЛНИТЕЛЯ.

2.2. Оплата медицинских услуг производится ЗАКАЗЧИКОМ на условиях 100% предоплаты, путем внесения наличных денежных средств в кассу ИСПОЛНИТЕЛЯ, либо путем безналичного расчета.

3. Сроки оказания услуг

3.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств.

4. Права и обязанности сторон

4.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право:

4.1.1. требовать от ЗАКАЗЧИКА выполнения всех предписаний, рекомендаций и условий, обеспечивающих своевременное, эффективное и качественное предоставление услуги в процессе ее оказания и после ее завершения (режим, диета, ограничение нагрузок, отказ от курения и употребления спиртных напитков и др.);

4.1.2. получать от ЗАКАЗЧИКА письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;

4.1.3. не приступать к оказанию услуг, а начатые услуги приостановить в случае неоплаты (несвоевременной) оплаты ЗАКАЗЧИКОМ услуг;

4.1.4. в случае возникновения неотложных состояний ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право самостоятельно определять объем оперативных вмешательств, необходимых для оказания неотложной медицинской помощи, в том числе услуг, не предусмотренных настоящим договором;

4.1.5. в одностороннем порядке отказаться от исполнения договора с ЗАКАЗЧИКОМ в случае, если ЗАКАЗЧИК был уведомлен о необходимости дополнительных исследований и консультаций, а также о том, что его отказ приведет к невозможности качественного оказания услуги, однако не изменил своего решения относительно данных рекомендаций.

4.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется:

4.2.1. своевременно и качественно оказывать медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего договора и согласованным планом лечения;

4.2.2. предоставить ЗАКАЗЧИКУ бесплатную, доступную и достоверную информацию о режиме работы, предоставляемых услугах с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения услуг;

4.2.3. в отношении каждого ЗАКАЗЧИКА вести необходимую медицинскую документацию;

4.2.4. сохранять врачебную тайну о факте и причине обращения ЗАКАЗЧИКА;

4.2.5. при оказании медицинских услуг использовать методы диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства и дезинфекционные средства, разрешенные к применению законодательством Российской Федерации;

4.2.6. информировать ЗАКАЗЧИКА о возможных осложнениях и рисках.

4.3. ЗАКАЗЧИК имеет право:

4.3.1. обращаться за предоставлением сведений о наличии лицензии и информации о медицинской услуге, информации о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу;

4.3.2. в любой момент отказаться от исполнения настоящего договора, направив ИСПОЛНИТЕЛЮ письменный отказ, при условии оплаты ИСПОЛНИТЕЛЮ фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору;

4.3.3. на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах и условиях оказания медицинской услуги, связанном с ней риском, возможных последствиях и осложнениях, наличии альтернативных видов услуг, а также о предполагаемых результатах оказания услуги. Информированное добровольное согласие ЗАКАЗЧИКА на медицинское вмешательство, полученное в письменной форме, является необходимым и предварительным условием медицинского вмешательства и означает получение всей необходимой для принятия решения информации;

4.3.4. предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни в соответствии с законодательством Российской Федерации;

4.4. ЗАКАЗЧИК обязуется:

4.4.1. своевременно и в полном объеме оплачивать медицинские услуги;

4.4.2. выполнять все указания и назначения лечащего врача и медицинского персонала ИСПОЛНИТЕЛЯ, соблюдать рекомендации врачей;

4.4.3. являться на прием ко врачу по времени, указанному медицинским персоналом ИСПОЛНИТЕЛЯ;

4.4.4. до начала оказания медицинской услуги предоставить ИСПОЛНИТЕЛЮ необходимую и достоверную информацию о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;

4.4.5. возместить материальный ущерб в случае порчи им имущества ИСПОЛНИТЕЛЯ.

5. Ответственность сторон

5.1. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору, в случае причинения вреда здоровью или жизни ЗАКАЗЧИКА, ИСПОЛНИТЕЛЬ несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации, в том числе Федеральным Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей".

5.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ не несет ответственности за вред, причиненный здоровью ЗАКАЗЧИКА, возникший в результате:

5.2.1. неявки или несвоевременной явки ЗАКАЗЧИКА на прием или контрольный осмотр;

5.2.2. невыполнения ЗАКАЗЧИКОМ плана лечения, отказа ЗАКАЗЧИКА от продолжения лечения в соответствии с согласованным планом, самостоятельного прекращения лечения ЗАКАЗЧИКОМ;

5.2.3. не сообщения или сообщения недостоверных сведений ЗАКАЗЧИКОМ о состоянии своего здоровья, о возникших нарушениях и отклонениях в состоянии здоровья.

6. Порядок изменения и расторжения договора

6.1. Настоящий договор может быть расторгнут до истечения срока выполнения сторонами своих обязательств:

6.2.1. по соглашению сторон договора;

6.2.2. в одностороннем порядке ЗАКАЗЧИКОМ в любое время до момента начала оказания услуг (услуги), при этом ЗАКАЗЧИК оплачивает ИСПОЛНИТЕЛЮ фактически понесенные ИСПОЛНИТЕЛЕМ расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

6.3. ИСПОЛНИТЕЛЬ может отказаться от исполнения договора в одностороннем порядке, в случае нарушения ЗАКАЗЧИКОМ принятых на себя обязательств по договору и невозможности исполнения ИСПОЛНИТЕЛЕМ обязательств по настоящему договору, возникшей по вине ЗАКАЗЧИКА, при этом ЗАКАЗЧИКА оплачивает ИСПОЛНИТЕЛЮ фактически понесенные ИСПОЛНИТЕЛЕМ расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7. Порядок разрешения споров.

7.1. При возникновении споров стороны будут стремиться разрешить сложившуюся ситуацию путем переговоров.

7.2. Если сторонам в ходе переговоров не достигнуто согласие, споры и разногласия разрешаются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

8. Заключительные положения.

8.1. Настоящий договор составлен в двух экземплярах.

8.2. Все приложения, дополнения и изменения к настоящему договору являются действительными, если они составлены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами.

8.3. При заключении договора ЗАКАЗЧИКУ предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках федеральной и территориальной программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Информация с названиями и адресами организаций оказывающих бесплатную медицинскую помощь размещена на информационных стендах ИСПОЛНИТЕЛЯ.

8.4. При заключении договора ЗАКАЗЧИКУ предоставляется в доступной форме информация о правилах оказания медицинской помощи. Правила оказания медицинской помощи размещены на сайте www.zrenie-63.ru и на информационных стендах ИСПОЛНИТЕЛЯ.

8.5. Информационные стенды ИСПОЛНИТЕЛЯ располагаются по адресу: 445021, г.Тольятти, ул. К.Маркса, 86, «Центр Зрения».

9. Реквизиты сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ:	ЗАКАЗЧИК:
ООО «ОкВид»; ИНН 6324009149/КПП 632401001; ОГРН 1106324003290; 445021, г. Тольятти, ул. К.Маркса, 86, «Центр зрения»;	(Фамилия Имя Отчество) Паспорт: 1234 № 123456 выдан 01.02.2003 г. ГУ МВД России по Самарской обл. Адрес: г.Тольятти, ул. Цветочная, 13 - 13
Директор: _____/Барabanщикова Л.К./	Телефон: 0 Подпись:  _____
м.п.	

ДОГОВОР на оказание платных медицинских услуг от «01» января 2019 г.

Общество с ограниченной ответственностью «ОкВид», именуемое в дальнейшем ИСПОЛНИТЕЛЬ, зарегистрированное Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №19 по Самарской области (ОГРН 1106324003290), действующее на основании лицензии № ЛО-63-01-002759 от 21 августа 2014г. (при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, офтальмологии), выданной Министерством здравоохранения Самарской области (г.Самара, ул. Ленинская, 73, тел. 8(846)3329444), в лице директора Барабанщиковой Любови Константиновны, действующей на основании Устава, с одной стороны, и

(Фамилия Имя Отчество), именуемый(ая) в дальнейшем ЗАКАЗЧИК, действующий(ая) в интересах

(Фамилия Имя Отчество), именуемого(ой) в дальнейшем ПОТРЕБИТЕЛЬ, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. В соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, выданной бессрочно, на основании медицинских показаний, а также желания ЗАКАЗЧИКА/ПОТРЕБИТЕЛЯ, ИСПОЛНИТЕЛЬ в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006, ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется оказывать ПОТРЕБИТЕЛЮ на возмездной основе медицинские услуги, а ЗАКАЗЧИК обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставляемых медицинских услуг.

1.2. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором, указывается в Приложении №1, которое является неотъемлемой его частью.

2. Стоимость услуг и порядок их оплаты

2.1. Стоимость платных медицинских услуг по настоящему договору определяется в соответствии с Прейскурантом ИСПОЛНИТЕЛЯ, действующим на момент оплаты. Действующий Прейскурант цен на медицинские услуги размещен на сайте www.zrenie-63.ru и на информационных стендах ИСПОЛНИТЕЛЯ.

2.2. Оплата медицинских услуг производится ПОТРЕБИТЕЛЕМ на условиях 100% предоплаты, путем внесения наличных денежных средств в кассу ИСПОЛНИТЕЛЯ, либо путем безналичного расчета.

3. Сроки оказания услуг

3.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств.

4. Права и обязанности сторон

4.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право:

4.1.1. требовать от ЗАКАЗЧИКА/ПОТРЕБИТЕЛЯ выполнения всех предписаний, рекомендаций и условий, обеспечивающих своевременное, эффективное и качественное предоставление услуги в процессе ее оказания и после ее завершения (режим, диета, ограничение нагрузок, отказ от курения и употребления спиртных напитков и др.);

4.1.2. получать от ЗАКАЗЧИКА/ПОТРЕБИТЕЛЯ письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;

4.1.3. не приступать к оказанию услуг, а начатые услуги приостановить в случае неоплаты (несвоевременной) оплаты ЗАКАЗЧИКОМ услуг;

4.1.4. в случае возникновения неотложных состояний ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право самостоятельно определять объем оперативных вмешательств, необходимых для оказания неотложной медицинской помощи, в том числе услуг, не предусмотренных настоящим договором;

4.1.5. в одностороннем порядке отказаться от исполнения договора с ЗАКАЗЧИКОМ/ПОТРЕБИТЕЛЕМ в случае, если ПОТРЕБИТЕЛЬ был уведомлен о необходимости дополнительных исследований и консультаций, а также о том, что его отказ приведет к невозможности качественного оказания услуги, однако не изменил своего решения относительно данных рекомендаций.

4.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется:

4.2.1. своевременно и качественно оказывать медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего договора и согласованным планом лечения;

4.2.2. предоставить ЗАКАЗЧИКУ/ПОТРЕБИТЕЛЮ бесплатную, доступную и достоверную информацию о режиме работы, предоставляемых услугах с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения услуг;

4.2.3. в отношении каждого ПОТРЕБИТЕЛЯ вести необходимую медицинскую документацию;

4.2.4. сохранять врачебную тайну о факте и причине обращения ПОТРЕБИТЕЛЯ;

4.2.5. при оказании медицинских услуг использовать методы диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства и дезинфекционные средства, разрешенные к применению законодательством Российской Федерации;

4.2.6. информировать ЗАКАЗЧИКА/ПОТРЕБИТЕЛЯ о возможных осложнениях и рисках.

4.3. ЗАКАЗЧИК/ПОТРЕБИТЕЛЬ имеет право:

4.3.1. обращаться за предоставлением сведений о наличии лицензии и информации о медицинской услуге, информации о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу;

4.3.2. в любой момент отказаться от исполнения настоящего договора, направив ИСПОЛНИТЕЛЮ письменный отказ, при условии оплаты ИСПОЛНИТЕЛЮ фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору;

4.3.3. на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах и условиях оказания медицинской услуги, связанном с ней риском, возможных последствиях и осложнениях, наличии альтернативных видов услуг, а также о предполагаемых результатах оказания услуги. Информированное добровольное согласие ПОТРЕБИТЕЛЯ на медицинское вмешательство, полученное в письменной форме, является необходимым и предварительным условием медицинского вмешательства и означает получение всей необходимой для принятия решения информации;

4.3.4. предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни в соответствии с законодательством Российской Федерации;

4.4. ЗАКАЗЧИК/ПОТРЕБИТЕЛЬ обязуется:

4.4.1. своевременно и в полном объеме оплачивать медицинские услуги;

4.4.2. выполнять все указания и назначения лечащего врача и медицинского персонала ИСПОЛНИТЕЛЯ, соблюдать рекомендации врачей;

4.4.3. являться на прием ко врачу по времени, указанному медицинским персоналом ИСПОЛНИТЕЛЯ;

4.4.4. до начала оказания медицинской услуги предоставить ИСПОЛНИТЕЛЮ необходимую и достоверную информацию о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;

4.4.5. возместить материальный ущерб в случае порчи им имущества ИСПОЛНИТЕЛЯ.

5. Ответственность сторон

5.1. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору, в случае причинения вреда здоровью или жизни ПОТРЕБИТЕЛЯ, ИСПОЛНИТЕЛЬ несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации, в том числе Федеральным Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей".

5.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ не несет ответственности за вред, причиненный здоровью ПОТРЕБИТЕЛЯ, возникший в результате:

5.2.1. неявки или несвоевременной явки ПОТРЕБИТЕЛЯ на прием или контрольный осмотр;

5.2.2. невыполнения ПОТРЕБИТЕЛЕМ плана лечения, отказа ПОТРЕБИТЕЛЯ от продолжения лечения в соответствии с согласованным планом, самостоятельного прекращения лечения ПОТРЕБИТЕЛЕМ;

5.2.3. не сообщения или сообщения недостоверных сведений ПОТРЕБИТЕЛЕМ о состоянии своего здоровья, о возникших нарушениях и отклонениях в состоянии здоровья.

6. Порядок изменения и расторжения договора

6.1. Настоящий договор может быть расторгнут до истечения срока выполнения сторонами своих обязательств:

6.2.1. по соглашению сторон договора;

6.2.2. в одностороннем порядке ЗАКАЗЧИКОМ/ПОТРЕБИТЕЛЕМ в любое время до момента начала оказания услуг (услуги), при этом ЗАКАЗЧИК оплачивает ИСПОЛНИТЕЛЮ фактически понесенные ИСПОЛНИТЕЛЕМ расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

6.3. ИСПОЛНИТЕЛЬ может отказаться от исполнения договора в одностороннем порядке, в случае нарушения ПОТРЕБИТЕЛЕМ принятых на себя обязательств по договору и невозможности исполнения ИСПОЛНИТЕЛЕМ обязательств по настоящему договору, возникшей по вине ПОТРЕБИТЕЛЯ, при этом ПОТРЕБИТЕЛЬ оплачивает ИСПОЛНИТЕЛЮ фактически понесенные ИСПОЛНИТЕЛЕМ расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7. Порядок разрешения споров.

7.1. При возникновении споров стороны будут стремиться разрешить сложившуюся ситуацию путем переговоров.

7.2. Если сторонам в ходе переговоров не достигнуто согласие, споры и разногласия разрешаются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

8. Заключительные положения.

8.1. Настоящий договор составлен в двух экземплярах.

8.2. Все приложения, дополнения и изменения к настоящему договору являются действительными, если они составлены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами.

8.3. При заключении договора ЗАКАЗЧИКУ/ПОТРЕБИТЕЛЮ предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках федеральной и территориальной программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Информация с названиями и адресами организаций оказывающих бесплатную медицинскую помощь размещена на информационных стендах ИСПОЛНИТЕЛЯ.

8.4. При заключении договора ЗАКАЗЧИКУ/ПОТРЕБИТЕЛЮ предоставляется в доступной форме информация о правилах оказания медицинской помощи. Правила оказания медицинской помощи размещены на сайте www.zrenie-63.ru и на информационных стендах ИСПОЛНИТЕЛЯ.

8.5. Информационные стенды ИСПОЛНИТЕЛЯ располагаются по адресу: 445021, г.Тольятти, ул. К.Маркса, 86, «Центр Зрения».

9. Реквизиты сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ:	ЗАКАЗЧИК:	ПОТРЕБИТЕЛЬ:
ООО «ОкВид»; ИНН 6324009149/КПП 632401001; ОГРН 1106324003290 445021, г. Тольятти, ул. К.Маркса, 86, «Центр зрения»;	(Фамилия Имя Отчество) Паспорт: 1234 № 123456 выдан 01.02.2003 г. ГУ МВД России по Самарской обл. Адрес: г.Тольятти, ул. Цветочная, 13 - 13 Телефон: Подпись: V _____	(Фамилия Имя Отчество) Паспорт: Адрес: г.Тольятти, ул. Цветочная, 13 - 13 Телефон: Подпись: V _____
Директор: /Барабанщикова Л.К. м.п.		

ФИО: (Фамилия Имя Отчество)

Адрес: г.Тольятти, ул. Цветочная, 13 - 13

Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором

№ п/п	Наименование услуг	Стоимость в соответствии с Прейскурантом	Кол-во	Сумма
1	Диагностика органов зрения. Врач: Котельникова Л.А.	800	1	800
			Итого:	800

Всего наименований 1 на сумму 800,00 руб.

Восемьсот рублей 00 копеек.

Оплата: наличными

ЗАКАЗЧИК _____ (Фамилия Имя Отчество) _____ √ _____ «01» января 2019 г.
 ПОТРЕБИТЕЛЬ _____ (Фамилия Имя Отчество) _____ √ _____ «01» января 2019 г.

Уведомление ЗАКАЗЧИКА/ПОТРЕБИТЕЛЯ

В соответствии с п.3 статьи 27 Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

В связи с чем, уведомляем Вас о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) лечащего врача, иного медицинского работника, 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.

ЗАКАЗЧИК _____ (Фамилия Имя Отчество) _____ √ _____ «01» января 2019 г.
 ПОТРЕБИТЕЛЬ _____ (Фамилия Имя Отчество) _____ √ _____ «01» января 2019 г.

Информированное добровольное согласие

Я, законный представитель(опекун) (Фамилия Имя Отчество), проживающий(ая) по адресу: г.Тольятти, ул. Цветочная, 13 - 13, паспорт: 1234 № 123456 выдан 01.02.2003 г. ГУ МВД России по Самарской обл., представляющий(ая) интересы (Фамилия Имя Отчество)

изъявляю добровольное желание получить платную медицинскую услугу (услуги) в ООО "ОкВид".

При этом мне разъяснено и мною осознано, что я имею возможность получения данных услуг (услуги) бесплатно в рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания населению Самарской области бесплатной медицинской помощи.

_____ (Фамилия Имя Отчество) _____ √ _____ «01» января 2019 г.

ФИО: (Фамилия Имя Отчество)
Адрес: г.Тольятти, ул. Цветочная, 13 - 13

Информированное добровольное согласие на диагностическое исследование

Я, законный представитель(опекун) (Фамилия Имя Отчество), проживающий(ая) по адресу: г.Тольятти, ул. Цветочная, 13 - 13, паспорт: 1234 № 123456 выдан 01.02.2003 г. ГУ МВД России по Самарской обл., представляющий(ая) интересы (Фамилия Имя Отчество)

даю информированное добровольное согласие на проведение офтальмологического диагностического обследования с консультацией врача-офтальмолога в обществе с ограниченной ответственностью «ОкВид» (далее «ИСПОЛНИТЕЛЬ»), при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

Я получил(а) в доступной для меня форме полную информацию о перечне услуг, которые входят в офтальмологическое диагностическое обследование, а именно: определение остроты зрения для дали и для близи, проведение авторефрактометрии, биометрии, тестов на гетерофорию и бинокулярное (стереоскопическое) зрение, биомикроскопии, тонометрии, ультразвукового исследования глазного яблока, офтальмоскопии.

Я информирован о вероятности возникновения, для уточнения диагноза и назначения правильного лечения врачом-офтальмологом, необходимости консультаций врача-офтальмолога другого отделения (учреждения) и проведение одного или нескольких дополнительных методов офтальмологического обследования, а именно: компьютерной периметрии, определение пространственно-контрастной чувствительности, электрофизиологического исследования зрительного нерва и сетчатки, оптической когерентной томографии, исследование глазного дна на фундус-камере, флюоресцентной ангиографии сетчатки (ФАГ), гониоскопии, тонографии, ультразвуковой биомикроскопии и доплерографии, микропериметрии, конфокальной микроскопии роговицы и эндотелиальной микроскопии, лазерная тиндалеметрии, оптического анализатора роговицы, абберрометрии, аккомодографии, оптического анализатора переднего отрезка глазного яблока, промывание слезных путей, массаж век, эпиляция ресниц для диагностики клеща Demodex, взятие мазка/соскоба с конъюнктивы и согласен на все виды консультаций и этих обследований в необходимых объемах, часть из которых осуществляется медицинским персоналом ИСПОЛНИТЕЛЯ, а часть в других медицинских учреждениях.

Я ознакомлен с перечнем контактных и бесконтактных методов обследования в офтальмологии, а также в необходимости расширения зрачка. Расширенные зрачки сохраняются индивидуально в течение 2-12 часов (у особо чувствительных пациентов – значительно дольше, до 12-24 часов), при этом может беспокоить светобоязнь, снижения зрения, особенно на близком расстоянии. Контактные методы исследования проводятся под местной анестезией и могут вызвать: эрозию роговицы, аллергические реакции на используемые препараты, субконъюнктивальное кровоизлияние, конъюнктивит.

Я информирован о целях, объеме, характере предлагаемого офтальмологического диагностического обследования, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время проведения обследования.

До моего сведения доведено, что при направлении на один или более методов обследования врачом-офтальмологом другого медицинского учреждения, я обязан предоставить заключение (направление) врача с указанием диагноза и рекомендуемого обследования.

Я добросовестно предоставил врачу известную мне информацию о состоянии моего здоровья, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Мне разъяснено, что перед осуществлением офтальмологического обследования я имею право от него отказаться. Я имел возможность задать все интересующие меня вопросы касательно предлагаемого мне (представляемому) офтальмологического диагностического обследования и получил на них исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение всех диагностических методов обследования.

Мне объяснено, и я понял(а), что существует вероятность (с моего согласия) частичного или полного изменения плана обследования (в связи с необходимостью проведения дополнительных врачебных процедур, которые невозможно в полной мере предвидеть заранее), а как следствие изменение сроков продолжительности лечения, а также стоимости медицинских услуг.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и согласен со всеми пунктами настоящего документа, имеющим юридическую силу, являющимся неотъемлемой частью договора на оказание платных медицинских услуг и был ознакомлен (ознакомлена) до начала лечения.

Со мною согласован и одобрен предложенный мне план обследования, стоимость и сроки оказания медицинских услуг, включая ожидаемые результаты, риски, возможные осложнения.

Я подтверждаю, что решение о получении мною медицинских услуг является моим собственным и было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли и мысли.

Я принимаю решение приступить к офтальмологическому обследованию на предложенных условиях.

(Фамилия Имя Отчество)

✓

«01» января 2019 г.

Настоящее согласие подписано ПОТРЕБИТЕЛЕМ (законным представителем) на приеме после проведения мною разъяснительной беседы, в процессе которой ПОТРЕБИТЕЛЬ (законный представитель) получил полную и подробную информацию об особенностях предлагаемого обследования и полностью отдает себе отчет об имеющихся рисках и возможных последствиях.

ПОТРЕБИТЕЛЬ (законный представитель) расписался в моем присутствии.

✓

ФИО мед. работника

«01» января 2019 г.

Дата оформления

ФИО: (Фамилия Имя Отчество)
Адрес: г.Тольятти, ул. Цветочная, 13 - 13

Информированное добровольное согласие на обработку персональных данных

Я, законный представитель(опекун) (Фамилия Имя Отчество), проживающий(ая) по адресу: г.Тольятти, ул. Цветочная, 13 - 13, паспорт: 1234 № 123456 выдан 01.02.2003 г. ГУ МВД России по Самарской обл., представляющий(ая) интересы (Фамилия Имя Отчество)

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.06 г. "О персональных данных", подтверждаю свое согласие на обработку обществом с ограниченной ответственностью «ОкВид» (Далее - ИСПОЛНИТЕЛЬ) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания ИСПОЛНИТЕЛЕМ медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам ИСПОЛНИТЕЛЯ, в интересах моего обследования и лечения.

Я предоставляю ИСПОЛНИТЕЛЮ право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы.

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

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

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

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

(Фамилия Имя Отчество)

✓

«01» января 2019 г.