

# Договор об оказании платных медицинских услуг №/[DOC\_NUMBER]Д

г. Москва

[DOC\_TODAY]

ООО "Клиника Гавриловых "Реацентр", 129515, г. Москва, Останкинский, ул. Хованская, д. 6, пом. XIV, лицензия № ЛО-56-01-001588, выдана 13.10.2015г. Департаментом здравоохранения города Москвы, виды деятельности: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинскому массажу; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; физиотерапии; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии; терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: детской эндокринологии; мануальной терапии; неврологии; остеопатии; рефлексотерапии; физиотерапии; функциональной диагностике; эндокринологии. , далее именуемое «Исполнитель» в лице Директора Поповой Алевтины Александровны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и законный представитель несовершеннолетнего пациента: [REPRESENT\_FIO], [REPRESENT\_STATUS], на основании [PATIENT\_DOCUMENT], серия [PATIENT\_DOCUMENT\_SERIES], № [PATIENT\_DOCUMENT\_SN], от [PATIENT\_DOCUMENT\_DATE] г., далее именуемый «Заказчик» с другой стороны, действуя в интересах и являясь законным представителем несовершеннолетнего пациента, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

## 1. Предмет договора

1.1. В соответствии с настоящим договором Исполнитель обязуется оказать, а Заказчик действуя в интересах и являясь законным представителем несовершеннолетнего Пациента [REPRESENT\_FIO] оплатить следующие медицинские услуги Пациенту: [PATIENT\_FIO\_DAT], дата рождения: [PATIENT\_BIRTHDAY], проживающему по адресу: [PATIENT\_ADDR].

Медицинская услуга	Кол-во сеансов	Цена 1 сеанса в рублях	Общая стоимость в рублях

1.2. Пациент получает услугу в соответствии с Клиническими рекомендациями и стандартом оказания медицинской помощи и подтверждает свое согласие на оказание медицинских услуг в виде отдельных консультаций и (или) медицинских вмешательств, входящих в клинические рекомендации и стандарт медицинской помощи, а также дает свое согласие на оказание дополнительных медицинских услуг в объеме, превышающем стандарт медицинской помощи.

1.3. Наименование дополнительных медицинских услуг, предоставленных пациенту, а также их количество и стоимость указаны в дополнительном соглашении к настоящему Договору.

1.4. При исполнении настоящего Договора стороны руководствуются действующим российским законодательством, регулирующим предоставление платных медицинских услуг медицинскими учреждениями.

## 2. Права и обязанности сторон

### 2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Информировать Представителя об особенностях проводимых лечебных процедур (Приложение №1).

2.1.2. Оказать услуги, указанные в п. 1.1 настоящего Договора, в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

2.1.3. Предоставлять Представителю информацию о ходе оказания медицинских услуг в понятной и доступной форме.

2.1.4. Хранить информацию, содержащуюся в медицинских документах Пациента, в тайне (врачебная тайна).

2.1.5. Возвратить Представителю денежные средства за фактически не полученные Пациентом процедуры.

2.1.6. После исполнения Договора бесплатно выдать Пациенту медицинские документы (выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, диагнозе, методах лечения, в течение 5 рабочих дней.

### 2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Требовать от Заказчика своевременной оплаты оказываемых пациенту медицинских услуг, в соответствии с условиями настоящего договора.

2.2.2. Отказать пациенту в оказании услуг в соответствии с действующим законодательством.

2.2.3. Требовать от Заказчика предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания медицинских услуг Пациенту.

2.2.4. Самостоятельно определять объем исследований, необходимых для подтверждения диагноза, длительность лечения и объем оказываемых медицинских услуг.

2.2.5. Устанавливать систему видеонаблюдения, направленную на обеспечение безопасности рабочего процесса, поддержание порядка, предупреждение возникновения чрезвычайных ситуаций и обеспечение объективности расследования в случаях их возникновения.

### **2.3. Заказчик, законный представитель Пациента, заключивший договор, обязан:**

2.3.1. Ознакомиться с особенностями проведения лечебных процедур и подписать до начала лечения добровольное информированное согласие (Приложение 1).

2.3.2. Своевременно и в полном объеме оплачивать медицинские услуги, оказываемые Пациенту, в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

2.3.3. Предоставить лечащему врачу всю имеющуюся у него информацию о Пациенте (перенесенные заболевания, аллергические реакции, противопоказания), необходимую для подтверждения диагноза, определения тактики лечения и учета противопоказаний к лечению.

2.3.4. Своевременно предупреждать лечащего врача о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению условий настоящего Договора.

2.3.5. Не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с лечащим врачом употребление любых медицинских препаратов, лекарств и т. д., применение других терапевтических процедур.

2.3.6. Обеспечить явку Пациента на лечение в то время, которое назначено, лично присутствовать на сеансах лечения, соблюдать режим работы ООО «Клиника Гавриловых «Реацентр», выполнять рекомендации персонала, оказывающего Пациенту услуги по настоящему Договору.

2.3.7. За безопасность ребёнка на всей территории Исполнителя ответственность несут родители, законные представители Пациента, либо лицо, сопровождающее ребёнка на процедуры. В связи с чем, несовершеннолетний пациент должен находиться под постоянным контролем сопровождающего взрослого в помещении Исполнителя, в том числе включая туалетные комнаты, лестничные пролёты.

2.3.8. В конце лечения подписать акт об оказании услуг Исполнителем.

2.3.9. Соблюдать правила поведения в медицинской организации:

Законным представителям пациента в целях соблюдения общественного порядка, соблюдения санитарно-эпидемиологического режима запрещается:

- оставлять малолетних детей без присмотра;
- изымать какие-либо документы из медицинских карт;
- находиться в помещениях Организации в верхней одежде и грязной обуви;
- оставлять без присмотра личные вещи;
- являться на прием к специалистам в алкогольном или ином токсическом опьянении;
- проводить фото- и видеосъемку в помещении Организации;
- посещать Организацию с животными.

2.3.10. С уважением относиться к персоналу медицинской организации, выполнять рекомендации персонала, оказывающие медицинские услуги по настоящему Договору.

### **2.4. Заказчик имеет право:**

2.4.1. Требовать оказания Пациенту качественных медицинских услуг.

2.4.2. Получить в доступной форме информацию о платных услугах, содержащую информацию о порядке оказания медицинских услуг и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг; информацию о профессиональном образовании, квалификации медицинских работников клиники; информацию о методах оказания медицинской помощи, другие сведения относящиеся к предмету Договора.

2.4.3. Получить документ с указанием результатов лечения пациента с необходимыми рекомендациями в течение 5 рабочих дней с момента окончания курса лечения.

2.4.4. Прервать курс лечения. В этом случае Исполнитель возвращает Заказчику денежные средств за фактически не оказанные процедуры.

2.5. Медицинские услуги, выходящие за рамки данного Договора оформляются дополнительным соглашением сторон.

## **3. Стоимость услуг и порядок платежей**

3.1. Представитель оплачивает медицинские услуги по прейскуранту, утвержденному Исполнителем.

3.2. Общая Стоимость оказываемых услуг, указанных в п.1.1 настоящего Договора, составляет:

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ тысячи \_\_\_\_\_ руб.) 00 коп., НДС не облагается.

3.3. Порядок оплаты - 100% предоплата, либо частичная посеансная предоплата, но не позднее последнего дня оказания медицинских услуг.

3.4. Оказание медицинских услуг осуществляется только после поступления денег на расчетный счет или в кассу Исполнителя.

3.5. Стоимость услуг уплачивается путем перечисления суммы, указанной в п. 3.2. Договора на расчетный счет или в кассу Исполнителя.

## **4. Срок действия договора**

4.1. Настоящий договор вступает в силу с [DOC\_TODAY] и действует до момента исполнения сторонами своих обязательств.

## 5. Ответственность сторон

5.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.2. Исполнитель не несет ответственности за результаты оказания медицинских услуг в случаях несоблюдения Представителем п.2.3. настоящего Договора и в случае досрочного прекращения Договора по инициативе Заказчика.

## 6. Рассмотрение споров

6.1. При наличии у Заказчика претензий к проведенному лечению, Заказчик обязан в тот же день информировать о данном факте лечащего врача и/или заведующего отделением. Все споры по Договору стороны намерены урегулировать путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

## 7. Порядок изменения и расторжения договора

7.1. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, а также в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством.

7.2. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме.

7.3. Договор расторгается в случае отказа Пациента после заключения договора от получения медицинских услуг. При этом Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные им расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

## 8. Заключительные положения

8.1. Все изменения по настоящему договору и дополнительные соглашения сторон оформляются в письменном виде, подписываются обеими сторонами и являются неотъемлемой частью настоящего Договора.

8.2. Стороны имеют возможность подписать настоящий договор от имени любой из сторон с помощью средств механического или иного копирования («факсимиле») в соответствии со статьей 160 Гражданского кодекса Российской Федерации.

8.3. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи и факсимильной подписи на дополнительных соглашениях к настоящему договору, а также на иных документах, имеющих значение для его исполнения, изменения или прекращения.

8.4. В целях обеспечения безопасности работников и пациентов, сохранности имущества в помещении Исполнителя ведется видеонаблюдение.

8.5. Настоящий Договор составлен в трех экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон, один экземпляр хранится в истории болезни пациента.

8.6. Все вопросы, не урегулированные настоящим Договором, разрешаются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

## 9. Адреса и подписи сторон

<b>«Исполнитель»:</b> ООО «Клиника Гавриловых «Реацентр» ИНН/КПП 5612160546 /771745001, ОГРН 1155658013500 от 19.05.2015г., выдан межрайонным ИФНС №10, г. Оренбург, ул. Шарлыкское шоссе, 1/2, телефон: 47-73-77 факт. адрес: 129515, г. Москва, Останкинский, ул. Хованская, д. 6, пом. XIV. Р\сч № 40702810500490013459 в Филиале «Центральный» Банка ВТБ (ПАО) г. Москвы к/с 30101810145250000411, БИК 044525411, телефон: 8 (495)845-35-39	<b>«Заказчик»:</b> [REPRESENT_FIO] Адрес регистрации: [REPRESENT_ADDRESS] Адрес фактического проживания:  Паспорт: серия [REPRESENT_DOCUMENT_SERIES], номер [REPRESENT_DOCUMENT_NUM]. Выдан: [REPRESENT_DOCUMENT_DEP]. Дата выдачи: [REPRESENT_DOCUMENT_DATE]. Телефон: [REPRESENT_MOBILE]
Директор _____/А.А. Попова/ М.П.	_____/[REPRESENT_FIO_SMALL]/

**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  
медицинской помощи**

Я, представитель [REPRESENT\_FIO] несовершеннолетнего [PATIENT\_FIO\_DAT] даю информированное добровольное согласие **Общество с ограниченной ответственностью «Клиника Гавриловых «Реацентр»** на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств (опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); медицинский массаж, неврологии, рефлексотерапии, функциональной диагностики 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. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее — Перечень), получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь.

**Врачом-неврологом-рефлексотерапевтом Хусаиновой Т.А.** в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, 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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 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

\_\_\_\_\_[REPRESENT\_FIO] \_\_\_\_\_[REPRESENT\_MOBILE]

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

Подпись: \_\_\_\_\_/[REPRESENT\_FIO]/

Подпись : \_\_\_\_\_/Хусаинова Т.А.

## Информированное добровольное согласие на проведение электропунктурного исследования с применением микротокового электропунктурного компьютерного прибора «МЭКС»

Я информирован о том, что электропунктурное исследование в ООО "Клиника Гавриловых "Реацентр" проводится с использованием микротокового электропунктурного компьютерного прибора «МЭКС» (регистрационное удостоверение Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития № ФСР 2008/02226).

До начала курса лечения в течение трех дней проводится предварительное электропунктурное исследование. Процедура исследования занимает 10-15 минут, безболезненна и безопасна. После анализа данных врач выявляет причинно-следственные связи функциональных нарушений, определяет уровень адаптационных возможностей организма, психоэмоциональный статус пациента. Затем, сопоставляя данные предварительных электропунктурных исследований с данными опроса и осмотра пациента, с данными других объективных методов обследования, врач выбирает тактику лечения, составляет индивидуальную схему лечения пациента, либо выдает заключение по результатам исследования, если пациент не планирует сразу начать лечение.

Я, [REPRESENT\_FIO], выражаю своё добровольное согласие на проведение необходимых электропунктурных исследований несовершеннолетнему пациенту [PATIENT\_FIO\_DAT] с использованием прибора «МЭКС».

Подпись: \_\_\_\_\_/[REPRESENT\_FIO\_SMALL]/

[DOC\_TODAY]

График оказания медицинских услуг несовершеннолетнему пациенту

Наименование услуги	Дата проведения
Электропунктурное исследование	[DOC_TODAY]
Электропунктурное исследование	
Электропунктурное исследование	
Консультация после исследования и выдача заключения, либо составление плана лечения	

\*Примечание: В случае нарушения пациентом графика прохождения электропунктурного исследования без уважительной причины (болезни-ОРЗ, инфекционные заболевания, травма), денежные средства за фактически не оказанные процедуры пациенту не возвращаются.

Подпись: \_\_\_\_\_