

**Положение о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг в  
ООО Санаторий «Демидково»  
(далее по тексту Положение)**

**I. Общие положения**

Настоящее Положение разработано в соответствии с:

- Гражданским Кодексом Российской Федерации;
- Федеральным законом от 21.11.2011 № 323 -ФЗ «Об основах охраны граждан в РФ»;
- Федеральным законом РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей»;
- Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

Настоящее положение определяет порядок и условия предоставления платных медицинских услуг потребителю (заказчику) ООО Санаторий «Демидково» (далее по тексту – Исполнитель).

Настоящее положение вводится в целях упорядочения деятельности Исполнителя в части предоставления платных медицинских услуг.

Понятия и термины, применяемые в настоящем положении:

–«платные медицинские услуги» - медицинские услуги, предоставляемые пациентам на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров (далее - Договор);

–«медицинская организация», «Исполнитель» - Общество с ограниченной ответственностью Санаторий «Демидково», осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

–«пациент» - физическое лицо, которому оказываются платные медицинские услуги или которое обратилось за оказанием платных медицинских услуг, независимо от наличия у него заболевания и от его состояния;

–«заказчик» - физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги для себя или в пользу третьих лиц (пациентов);

–«медицинская услуга» - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;

–«качество медицинской помощи» - совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

Платные медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности № ЛО-59-01-005254 от 24 января 2020 г., выданной Министерством здравоохранения Пермского края.

Требования к платным медицинским услугам, в том числе к их объему, срокам и порядку их оказания, определяются по соглашению сторон, заключивших Договор на оказание платных медицинских услуг, если федеральными законами, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации не предусмотрены иные требования к качеству и составу медицинских услуг.

## **II. Условия предоставления платных медицинских услуг**

1. Основанием для оказания платных медицинских услуг является добровольное волеизъявление пациента (законного представителя пациента) приобрести медицинскую услугу на возмездной основе.

2. При наличии возможности оказать запрашиваемую заказчиком медицинскую услугу исполнитель заключает Договор с пациентом и/или заказчиком.

3. Пациенту в доступной форме должна быть предоставлена информация об услуге, о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную услугу (его профессиональном образовании и квалификации).

4. Отказ пациента от предлагаемых платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых ему бесплатно.

5. Платные медицинские услуги предоставляются по просьбе пациента при наличии медицинских показаний и отсутствии противопоказаний у данного пациента к данной медицинской услуге.

6. При оказании платных медицинских услуг должны соблюдаться порядки оказания медицинской помощи.

7. Все назначенные платные медицинские услуги отмечаются в медицинской карте (истории болезни) и санаторно-курортной книжке Пациента.

## **III. Порядок предоставления платных медицинских услуг**

1. Исполнитель обязан оказать платную медицинскую услугу, определенную Договором, с использованием собственных лекарственных средств для применения, медицинских изделий, расходных материалов и других средств, если иное не предусмотрено Договором.

2. Платные медицинские услуги оказываются при наличии информированного добровольного согласия пациента или его законного представителя (Приложение № 4), данного в порядке, установленном законодательством.

3. Пациенту (законному представителю) по его требованию и в доступной для него форме должна быть предоставлена информация о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, последствиях и ожидаемых результатах проведенного лечения.

4. Если оказание платных медицинских услуг пациенту требует применения лекарственных препаратов для медицинского применения, медицинских изделий, Исполнитель по требованию пациента обязан предоставить ему необходимые сведения об этих препаратах и изделиях в доступной для него форме, в том числе, о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

5. Пациент (его законный представитель), при оказании ему платных медицинских услуг, имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, а также получать консультации у других специалистов, если это определено условиями Договора. По требованию пациента (законного представителя) ему предоставляются бесплатно копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья, виды и объемы оказанных платных медицинских услуг.

6. При оказании платных медицинских услуг не допускается предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия пациента или его законного представителя, за исключением случаев, установленных действующим законодательством.

7. Пациент обязан соблюдать правомерные указания и рекомендации лечащего врача, обеспечивающие качественное оказание платных медицинских услуг, в том числе режим лечения, и правила поведения пациента в лечебном кабинете.

8. Исполнителем в обязательном порядке при оказании платных медицинских услуг должны соблюдаться установленные требования к оформлению и ведению медицинской документации, ведению учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

#### **IV. Порядок предоставления льгот при оказании платных медицинских услуг в ООО Санаторий «Демидково».**

Льготы для отдельных граждан на оказание платных медицинских услуг не предоставляются.

#### **V. Информация об Исполнителе и предоставляемых им платных медицинских услугах**

**Наименование:** Общество с ограниченной ответственностью Санаторий «Демидково».

Тел: +7 (342) 20-66-383, e-mail: info@demidkovo.ru

Генеральный директор – Толстой Кирилл Владимирович;

Главный врач – Якшин Дмитрий Михайлович.

**Адрес места нахождения:** 618703 Пермский край, г. Добрянка, д. Демидково, ул. Курортная, д. 1/9

ИНН 5914015640, ОГРН 1025901796084

**Сведения о лицензии:** лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л0-59-01-005254 от 24 января 2020 г., выдана Министерством здравоохранения Пермского края. Срок действия – бессрочно.

**Адрес места нахождения и телефон органа выдавшего лицензию:**

Министерство здравоохранения Пермского края

614006, г. Пермь, ул. Ленина, 51

тел: 8(342)2177900

e-mail: info@minzdrav.permkrai.ru

614006, г. Пермь, ул. Бульвар Гагарина, 10

Тел: 8(342) 2654740

Перечень работ (услуг) составляющих медицинскую деятельность организации в соответствии с лицензией:

–618703, Пермский край, г. Добрянка, д. Демидково, ул. Курортная, д. 1/1.

–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: лечебной физкультуре, медицинскому массажу, сестринскому делу, физиотерапии;

–При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: косметологии.

–618703, Пермский край, г. Добрянка, д. Демидково, ул. Курортная, д. 1/2.

–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: лечебной физкультуре, медицинскому массажу, сестринскому делу, физиотерапии;

–При оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, педиатрии, терапии, управлению сестринской деятельностью;

–При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: дерматовенерологии, кардиологии, косметологии, лечебной физкультуре и спортивной медицине, мануальной терапии, неврологии, рефлексотерапии, стоматологии общей практики, ультразвуковой диагностике, физиотерапии, эндокринологии;

–При оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении организуются и выполняются работы (услуги) по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), диетологии, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, колопроктологии, лабораторной диагностике, лечебной физкультуре, лечебной физкультуре и спортивной медицине, мануальной терапии, медицинскому массажу, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, педиатрии, профпатологии, рефлексотерапии, сестринскому делу, стоматологии общей практики, терапии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, эндокринологии.

–При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги):

–при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым);

–при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности.

## **VI. Порядок заключения договора и оплаты медицинских услуг**

Договор заключается Заказчиком/Пациентом и Исполнителем в письменной форме.

Договор содержит:

- Сведения об Исполнителе:

- Наименование медицинской организации - юридического лица;

- Адрес места нахождения;

- Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа.

- Фамилию, имя и отчество, адрес места жительства и телефон пациента (законного представителя потребителя);

- Фамилию, имя и отчество, адрес места жительства и телефон заказчика - физического лица;

- Наименование и адрес места нахождения заказчика – юридического лица.

- Условия предоставления платных медицинских услуг.

- Должность, фамилию, имя, отчество лица, заключающего договор от имени Исполнителя, его подпись, фамилию, имя и отчество пациента (его законного представителя) и его подпись.

- Ответственность сторон за невыполнение условий договора.

- Порядок изменения и расторжения договора.

- Иные условия, определяемые по соглашению сторон.

- Договор составляется в 2 экземплярах, по одному для каждой стороны договора.

В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни пациента при внезапных острых заболеваниях или состояниях,

то такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ».

В случае отказа пациента после заключения договора от получения медицинских услуг, договор расторгается по инициативе пациента. В этом случае Исполнитель возвращает стоимость услуг, полученных, но оплаченных пациентом по договору, в течение 3 (трех) рабочих дней с даты получения от пациента письменного заявления об отказе от договора.

Пациент (заказчик) обязан оплатить предоставленную Исполнителем медицинскую услугу в сроки и в порядке, которые определены договором.

Пациенту (заказчику) в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг.

Расчеты с пациентами за предоставление платных медицинских услуг осуществляются с применением бланков строгой отчетности, зарегистрированных в установленном порядке.

Бланк выписывается в трех экземплярах (первый прикладывается к приходному кассовому ордеру, второй является отчетным документом, третий выдается потребителю медицинской услуги). Бланки строгой отчетности учитываются в соответствии с нормативными документами.

Оплата платных медицинских услуг производится на условиях 100% предоплаты на расчетный счет Исполнителя в безналичном порядке, либо путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя, с предъявлением последнему документа, подтверждающего произведенную оплату.

## **VII. Порядок предоставления платных медицинских услуг**

Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги на основании договора (Приложение № 3), качество которых должно соответствовать условиям Договора, а при отсутствии в Договоре условий об их качестве – требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида. В случае если федеральным законом, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг, то качество предоставляемых платных медицинских услуг должно соответствовать этим требованиям.

Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия пациента (законного представителя пациента), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан (Приложение № 4).

Исполнитель предоставляет пациенту (законному представителю пациента) 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 при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

Исполнитель обязан при оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных форм, порядку и срокам их представления.

## **VIII. Стоимость платных медицинских услуг**

Стоимость платных медицинских услуг устанавливается на основании

действующего у Исполнителя на текущую дату прейскуранта (прайс-листа), утвержденного Генеральным директором. Прайс-лист размещен на информационном стенде, а также на сайте ООО Санаторий «Демидково» ([www.demidkovo.ru](http://www.demidkovo.ru)).

## **IX. Права и обязанности сторон**

### **Исполнитель обязуется:**

– Оказать Пациенту платные медицинские услуги согласно заключенному Договору. Исполнитель оказывает услуги по адресу: 618703, Пермский край, г. Добрянка, д. Демидково, ул. Курортная д. 1/1, ул. Курортная, д. 1/2.

Срок оказания медицинских услуг: в течение всего срока действия договора. Время оказания услуг определяется в соответствии с расписанием работы Исполнителя и предварительной записи Пациента по тел. 8 (342) 206 63 58 или через администратора Исполнителя (стойка регистрации в зданиях по адресу Пермский край, г. Добрянка, д. Демидково, ул. Курортная д. 1/1, ул. Курортная, д. 1/2).

Услуги оказываются после внесения пациентом 100 % предоплаты на расчетный счет Исполнителя (безналичным или наличным платежом).

– Обеспечить Пациента бесплатной, доступной и достоверной информацией о порядке оказания медицинских услуг в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, информировать Пациента о возможности получения бесплатной медицинской помощи в рамках системы обязательного медицинского страхования.

– По результатам обследований дать устные разъяснения и рекомендации Пациенту о необходимости лечения. После проведенного лечения выдать Пациенту необходимые назначения и рекомендации.

Пациенту в доступной для него форме разъясняются 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.

– Выдать Пациенту счет об оказанных услугах и копию бланка строгой отчетности (при условии, что Пациент оплачивает услуги путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя).

### **Исполнитель имеет право:**

– Устанавливать сроки и время оказания платных медицинских услуг пациенту, исходя из фактической обстановки (загруженности персонала Исполнителя, наличия свободного времени для оказания конкретной медицинской услуги и т.п.), сложившейся к моменту обращения пациента к Исполнителю.

– Требовать от пациента при его обращении к Исполнителю паспорт или иной документ, удостоверяющий личность.

– По согласованию с Пациентом предложить последнему изменить план обследования и (или) лечения, если это необходимо. Необходимость внесения таких изменений определяется лечащим врачом или врачом, проводящим обследование, индивидуально, исходя из фактов, касающихся состояния здоровья пациента. Уточненный перечень медицинских услуг подлежит оплате пациентом согласно прейскуранту (прайс-листу), действующему на момент заключения договора.

### **Пациент обязан:**

– Прибыть на лечение в день и время, установленные Исполнителем. При обращении к Исполнителю за лечением иметь при себе паспорт или иной документ, удостоверяющий личность. При невозможности прибыть в назначенное время уведомить об этом Исполнителя не менее, чем за сутки.

– Выполнять предписания лечащего врача, соблюдать план лечения, составленный

лечащим врачом, выполнять требования медицинского персонала при выполнении ими различных процедур или указаний лечащего врача;

– Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление платной медицинской и иной медицинской услуги, включая сообщения необходимых для этого сведений.

– Оплатить стоимость предоставляемой медицинской и иной платной услуги в сроки и в порядке, которые определены Договором.

#### **Пациент имеет право:**

При обращении за услугами к Исполнителю пациент пользуется всеми правами, предусмотренными соответствующими положениями Гражданского Кодекса РФ, Закона о защите прав потребителей, Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, а также нормами подзаконных актов, регулирующих оказание платных медицинских услуг.

Пациент (заказчик) имеет право на возврат ранее уплаченных средств в случаях:

–Если услуга не оказана по причине отказа пациента от услуги (в том случае, если пациент оплатил данную услугу до ее предоставления).

–Если услуга оказана, но качество услуги не соответствует требованиям медицинских стандартов.

Пациент (заказчик) имеет право предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий Договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством РФ.

#### **Х. Ответственность Исполнителя и контроль за предоставлением платных медицинских услуг**

За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

Пациент (заказчик) имеет право при обнаружении недостатков оказанной платной медицинской услуги и других отступлений от условий Договора требовать от Исполнителя по своему выбору:

–Безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги в кратчайший срок;

–Соответствующего уменьшения цены оказанной услуги;

–Безвозмездного повторного оказания услуги;

–Возмещения понесенных пациентом (заказчиком) расходов по устранению недостатков оказанной услуги своими средствами или третьими лицами.

Пациент (заказчик) имеет право расторгнуть Договор и потребовать полного возмещения убытков, если им обнаружены существенные недостатки оказанной медицинской услуги, подтвержденные результатами экспертизы качества медицинской помощи или решением суда.

Пациент (заказчик) вправе потребовать также полного возмещения убытков, причиненных им в связи с недостатками оказанной платной медицинской услуги, подтвержденными результатами экспертизы качества медицинской помощи или решением суда.

Заказчик/пациент имеет право в случае нарушения Исполнителем установленных сроков начала и окончания оказания платной медицинской услуги по своему выбору:

–Назначить Исполнителю новый срок;

–Поручить оказание услуги третьим лицам за аналогичную цену и потребовать от исполнителя возмещения понесенных расходов;

–Потребовать уменьшения цены оказанной услуги;

–Расторгнуть Договор.

Вред, причиненный жизни, здоровью пациента в результате оказания некачественной платной медицинской услуги подлежит возмещению в полном объеме в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Контроль соблюдения порядка и условий оказания платных медицинских услуг в ООО Санатории «Демидково» осуществляют органы государственного контроля в соответствии с их полномочиями, установленными действующим законодательством.

Исполнитель не несет ответственности в случаях несоблюдения пациентом врачебных назначений по лечению и при совершении пациентом иных неправомерных действий.

ООО Санаторий «Демидково» освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло по вине пациента, вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

Претензии и споры, возникшие между пациентом (заказчиком) платных медицинских услуг и Исполнителем разрешаются по соглашению сторон или в судебном порядке в соответствии с законодательством РФ.

Исполнитель не несет ответственности за качество оказанной медицинской услуги, если до оказания медицинской услуги пациент (законный представитель пациента) не исполнил обязанность по информированию Исполнителя о перенесенных им заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, наличии аллергических реакций, противопоказаний и/или не соблюдал рекомендации по подготовке к проведению услуги и рекомендации по лечению, если оказание медицинской услуги ненадлежащего качества и/или причиненный вред явились следствием отсутствия у Исполнителя такой информации и/или несоблюдения указанных рекомендаций.

За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель и пациент (заказчик) несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

Вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.



**Адреса и телефоны органа исполнительной власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека**

**Министерство здравоохранения Пермского края**

г. Пермь, Ленина, 51 тел.: (342) 217-79-00

т./ф.: (342) 217-75-26

e-mail: [info@minzdrav.permkrai.ru](mailto:info@minzdrav.permkrai.ru)

**Территориальный орган Росздравнадзора по Пермскому краю:**

Телефон приемной: (342) 237-01-57

Факс: (342) 237-01-57

E-mail: [info@reg59.roszdravnadzor.ru](mailto:info@reg59.roszdravnadzor.ru)

Адрес: 614068, г. Пермь, ул. Петропавловская, д. 111

**Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Пермскому краю**

Адрес: 614016, г. Пермь, ул. Куйбышева, 50 Телефон: (342) 239-35-63, факс: (342) 239-31-24 Электронная почта: [urpn@59.rosпотреbnadzor.ru](mailto:urpn@59.rosпотреbnadzor.ru) Сайт: [www.59.rosпотреbnadzor.ru](http://www.59.rosпотреbnadzor.ru)

**Инспекция Федеральной налоговой службы по Добрянскому району Пермского края**

Пермский край, г. Добрянка, ул. Л. Чайкиной, 22 Телефон: приемная: +7 (342) 659 70 00

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

д. Демидково, Пермский кра

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021 г.

Общество с ограниченной ответственностью Санаторий «Демидково» (ООО Санаторий «Демидково»), именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице \_\_\_\_\_, действующей на основании доверенности № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ года, с одной стороны, и гражданин (-ка) \_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем Пациент, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**I. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Исполнитель обязуется предоставить Пациенту за плату медицинские услуги из перечня, указанного в Приложении № 1 к настоящему договору (далее – Медицинские услуги).

1.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем на основании лицензии № ЛО-59-01-005254 от 24 января 2020 года, выданной Министерством Здравоохранения Пермского края (срок действия – бессрочно).

1.3. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с Планом лечения, составленным лечащим врачом \_\_\_\_\_ и согласованным с Пациентом. *(указывается специализация врача и ф.и.о. врача, его категория, квалификация)*

План лечения должен содержать наименование услуги, количество (объем) процедур, сроки лечения.

1.4. Медицинские услуги оказываются в течение срока действия договора в соответствии с графиком работы медицинских работников Исполнителя.

1.5. Место оказания услуг – Пермский край, г. Добрянка, д. Демидково, ул. Курортная д. 1/1, ул. Курортная, д. 1/2

**II. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ИСПОЛНИТЕЛЯ.**

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. обеспечить качественное оказание Медицинских услуг в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи, действующих на территории Российской Федерации;

2.1.2. назначить (на момент обращения Пациента) лечащего врача из числа имеющегося у Исполнителя медицинского персонала;

2.1.3. разработать План лечения и ознакомить с ним Пациента. Согласованный План лечения отражается в медицинской карте (истории болезни) Пациента.

2.1.4. вести медицинскую карту Пациента и другую обязательную документацию при оказании медицинских услуг.

2.1.5. поставить в известность Пациента о возникших обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказываемых услуг и возможных осложнениях при лечении.

2.1.6. предоставить Пациенту в доступной для него форме информацию: о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах оказания медицинских услуг, о лицах, привлекаемых к оказанию услуг, а также об используемых при предоставлении медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, и иные сведения, относящиеся к предмету договора.

2.2. Исполнитель вправе:

2.2.1. при наличии уважительной причины назначить другого лечащего врача для оказания услуг в соответствии с настоящим договором;

2.2.2. отказать в предоставлении Медицинских услуг Пациенту в случаях, установленных законодательством, а также в случаях:

а) нахождения Пациента в состоянии алкогольного и/или наркотического и/или токсического опьянения;

б) когда действия Пациента угрожают жизни и здоровью персонала Исполнителя;

в) не предоставления Пациентом информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (Приложение № 2) и/или заполненного информационного листа, содержащего сведения о состоянии здоровья Пациента (Приложение № 3).

2.2.3. изменять стоимость Медицинских услуг в одностороннем порядке. При этом стоимость Медицинских услуг, уже назначенных Пациенту, но еще не оказанных Исполнителем изменению не подлежит.

### **III. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ПАЦИЕНТА**

3.1. Пациент обязуется:

3.1.1. после ознакомления Исполнителем с противопоказаниями и возможными негативными последствиями (рисками), ожидаемыми результатами оказания конкретного вида медицинских услуг, возможными видами медицинского вмешательства подписать и передать Исполнителю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство по форме Приложения № 2.

3.1.2. посещать медицинских работников и присутствовать на процедурах в установленное время, предупреждать о невозможности явки на прием/на процедуру не менее, чем за сутки

3.1.3. выполнять все указания лечащего врача и медицинского персонала Исполнителя;

3.1.4. предоставить Исполнителю достоверную информацию о себе, включающую данные о перенесенных заболеваниях, непереносимости и аллергических реакциях на медикаментозные препараты, пищевые продукты и природные факторы;

3.1.5. оплатить медицинские услуги.

3.2. Пациент имеет право:

3.2.1. получать информацию об объеме, стоимости и результатах предоставленных услуг;

3.2.2. записываться на прием к лечащему врачу через администратора Исполнителя (стойка регистрации в зданиях по адресу Пермский край, г. Добрянка, д. Демидково, ул. Курортная д. 1/1, ул. Курортная, д. 1/2) или по телефону 8 (342) 206 63 58;

3.2.3. отказаться от настоящего договора в любой момент, письменно известив об этом Исполнителя. В этом случае Исполнитель обязуется вернуть стоимость услуг, не полученных, но оплаченных Пациентом по настоящему договору, в течение 3 (трех) рабочих дней с даты получения от Пациента письменного заявления об отказе от настоящего договора.

3.3. Пациент путем подписания настоящего договора дает согласие Исполнителю на обработку его персональных данных: фамилии, имени, отчества; номера основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе; ИНН, номере страхового свидетельства пенсионного фонда Российской Федерации, банковских реквизитов, адреса регистрации и места жительства, в целях ведения Исполнителем бухгалтерского и налогового учета, иные цели для соблюдения требований действующего законодательства Российской Федерации. Пациент согласен на совершение Исполнителем с его персональными данными следующих действий: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение, использование, распространение (в том числе передачу третьим лицам), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, в том числе с использованием средств автоматизированной обработки или без таковых. Срок согласия – 1 год с даты заключения договора.

3.4. Настоящим Пациент подтверждает, что он уведомлен Исполнителем о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников, в том числе, назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемых медицинских услуг, повлечь за собой невозможность их завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

### **IV. СТОИМОСТЬ УСЛУГ ИСПОЛНИТЕЛЯ**

4.1. Общая стоимость услуг Исполнителя по настоящему договору составляет – \_\_\_\_\_ рублей, в т.ч. НДС.

Общая стоимость услуг Исполнителя по договору рассчитывается исходя из цен, указанных в Приложении № 1 и объема (количества) назначенных медицинских процедур.

Расчеты по настоящему договору осуществляются путем внесения Пациентом денежных средств в кассу/на расчетный счет Исполнителя до начала оказания услуг (100% предоплата услуг по договору).

### **V. ГАРАНТИИ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ**

5.1. Пациент обязуется самостоятельно ознакомиться с перечнем обязательств Исполнителя, размещенным для обозрения на стендах и на стойках регистрации в зданиях по адресу Пермский край, д. Демидково, ул. Курортная д. 1/1, ул. Курортная, д. 1/2.

Гарантийные обязательства Исполнителя на стоматологические терапевтические услуги действительны при условии соблюдения Пациентом обязательного профилактического осмотра каждые 6 (шесть) месяцев, а также соблюдения всех назначений лечащего врача.

5.2. Исполнитель несёт ответственность перед Пациентом за ненадлежащее исполнение своих обязательств в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.3. Исполнитель не несёт гарантийных обязательств перед Пациентом в случае:

5.3.1. досрочного прекращения лечения по инициативе Пациента;

5.3.2. невыполнения Пациентом назначений лечащего врача и/или несоблюдения назначенного режима лечения;

5.3.3. возникновения у Пациента непереносимости или аллергии на препараты (в т.ч. стоматологических материалов), разрешенных к применению;

5.3.4. При лечении зубов со сложным периодонтальным прогнозом; возникновения осложнений при эндодонтическом лечении зубов, ранее подвергшихся лечению у другого Исполнителя.

## VI. ПОРЯДОК ПРИЕМКИ ОКАЗАННЫХ УСЛУГ

6.1. Оказание услуг по настоящему договору подтверждается Актом приемки оказанных услуг, который составляется в 2 (двух) экземплярах по завершении оказания услуг Исполнителем.

6.2. Акт приемки оказанных услуг составляется Исполнителем и предоставляется Пациенту для подписания. В случае отказа от подписания Акта приемки оказанных услуг, Пациент обязан предъявить Исполнителю в течение 1 (одного) рабочего дня мотивированный отказ с перечислением выявленных недостатков. В случае неполучения Исполнителем подписанного Акта приемки оказанных услуг либо мотивированного отказа в указанный срок, услуги считаются принятыми Пациентом.

## VII. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

7.1. В случае возникновения разногласий между лечащим врачом Исполнителя и Пациентом по вопросу качества оказанных услуг спор между сторонами рассматривается Главным врачом Исполнителя. В случае не устранения разногласий споры рассматриваются в установленном законом порядке.

7.2. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору действительны лишь при условии, что они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями Сторон.

7.3. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, по одному для каждой из сторон.

## VIII. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ, ПОДПИСИ СТОРОН

<b>ИСПОЛНИТЕЛЬ:</b> <b>ООО Санаторий «Демидково»</b> Юридический адрес и место оказания услуг: 618703, Российская Федерация, Пермский край, г.Добрянка, д. Демидково, ул. Курортная, д. 1/9, тел. 8 (342) 270-12-72. ИНН 5914015640/КПП 591401001 ОГРН 1025901796084, р/с 40702810400006001470 в АО АБ «Урал ФД» г. Пермь к/с 30101810800000000790, БИК 045773790  _____/_____/_____/	<b>ПАЦИЕНТ:</b>  Ф.И.О.  Паспорт _____  Выдан _____  <u>Адрес</u>  _____/_____/_____/
---	---

## АКТ ПРИЕМКИ ОКАЗАННЫХ УСЛУГ

Пермский край, д. Демидково,

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021 г.

Общество с ограниченной ответственностью Санаторий «Демидково» (ООО Санаторий «Демидково»), по договору Исполнитель, в лице \_\_\_\_\_, действующего на основании (действующей на основании) доверенности № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ года, с одной стороны, и гражданин(-ка)

\_\_\_\_\_ по договору Пациент, составили настоящий акт о нижеследующем:

Настоящим Пациент подтверждает, что Исполнителем качественно и в срок, оказаны услуги, предусмотренные договором оказания услуг № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021 г.

Исполнитель подтверждает, что Пациентом оплачены услуги в полном объеме.  
Стороны не имеют друг другу претензий.

ИСПОЛНИТЕЛЬ

ПАЦИЕНТ

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Генеральному директору  
ООО Санаторий «Демидково»  
К.В. Толстому

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью, адрес  
регистрации, телефон)

### Заявление

В соответствии с п. 3.2 договора об оказании платных медицинских услуг № \_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 г. сообщаю о намерении отказаться от указанного договора с «\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 г.

Прошу вернуть денежные средства в сумме \_\_\_\_\_ рублей, уплаченные за услуги, предусмотренные договором об оказании платных медицинских услуг № \_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 г, но не оказанные Исполнителем по причине досрочного расторжения договора.

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., подпись)

В соответствии с Приложением к приказу МЗ и СР Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390 н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи»

**Добровольное информированное согласие на медицинские вмешательства в  
ООО Санаторий «Демидково»**

Я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество полностью)  
\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

Добровольно даю свое согласие на проведение мне в ООО Санаторий «Демидково» в период лечения в соответствии с назначением врача следующих видов медицинских вмешательств:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования (измерение роста, веса).
4. Термометрия (измерение температуры тела).
5. Тонометрия (измерение артериального давления).
6. Исследование функции нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
7. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
8. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, кардиотокография (для беременных).
9. Ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
10. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно.
11. Медицинский массаж.
12. Лечебная физкультура.

Я ознакомлен (ознакомлена) с Планом предлагаемого лечения, с возможными изменениями в случае непереносимости тех или иных процедур, а также применения лекарственных препаратов, других методов лечения, которые могут быть назначены врачом-консультантом по согласованию с моим лечащим врачом.

Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в ООО Санаторий «Демидково» и обязуюсь их соблюдать;

Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;

Я извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать лечащему врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не назначенных мне медицинских препаратов;

Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций лечащего врача и медицинских работников, режима приема лекарственных препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья;

Я поставил (поставила) в известность лечащего врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, 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 (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

Я разрешаю в случае необходимости предоставить информацию о моем диагнозе, степени и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям:

---

В соответствии со ст. 9 ФЗ от 27.07.2006 № 152-ФЗ  
«О персональных данных»

### **Согласие на обработку персональных данных**

Я даю согласие на обработку моих персональных данных, в случае обращения за медицинской деятельностью и оказания мне медицинских услуг.

В процессе оказания мне медицинской помощи, я предоставляю право сотрудникам ООО Санаторий «Демидково» передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, следующим лицам \_\_\_\_\_.

Сотрудники ООО Санаторий «Демидково» имеют право на обмен моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Настоящее соглашение действует со дня подписания до дня отзыва в письменной форме.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
Подпись пациента

### Анкета пациента медицинского центра ООО Санаторий «Демидково»

#### Уважаемый пациент!

Вам предлагается заполнить данную анкету, которая поможет врачу Санатория «Демидково» лучше понять состояние Вашего здоровья. Врач дополнительно сможет задать Вам вопросы по каждому из приведенных ниже пунктов. Пожалуйста, проследите за тем, чтобы каждый пункт был заполнен.

Отвечая на вопросы анкеты, необходимо обвести нужный вариант ответа «ДА» или «НЕТ» по каждому пункту. Некоторые пункты анкеты необходимо дополнить комментариями.

#### Имеются ли у Вас следующие заболевания или состояния?

Нарушения ритма сердца	ДА	НЕТ
Наличие кардиостимулятора	ДА	НЕТ
Гипертоническая болезнь	ДА	НЕТ
Нарушение свертываемости крови	ДА	НЕТ
Заболевания почек, мочевого пузыря	ДА	НЕТ
Сахарный диабет	ДА	НЕТ
Желчнокаменная, мочекаменная болезнь	ДА	НЕТ
Заболевания щитовидной, паращитовидной и др. желез	ДА	НЕТ
Заболевания легких	ДА	НЕТ
Заболевания кожи	ДА	НЕТ
Туберкулез, венерические заболевания, гепатиты	ДА	НЕТ
Заболевания желудочно-кишечного тракта	ДА	НЕТ
Доброкачественные новообразования	ДА	НЕТ
Онкологические заболевания	ДА	НЕТ
Другие заболевания (указать какие)	ДА	НЕТ
Травмы (если были, указать какие и когда)	ДА	НЕТ
Операции (если были, указать какие и когда)	ДА	НЕТ

**Аллергические реакции** (указать, на что у Вас возникают аллергические реакции, в том числе и лекарственные препараты, на которые возникает аллергия) \_\_\_\_\_

**Прием лекарственных препаратов на данный момент** (указать каких) \_\_\_\_\_

#### Дополнительно для женщин

Беременны ли Вы?	ДА	НЕТ
Являетесь ли Вы кормящей матерью?	ДА	НЕТ
Дата последних месячных:		