**ДОГОВОР №**

**на оказание платных медицинских услуг**

**г. Махачкала «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.**

Общество с ограниченной ответственностью «Многопрофильный медицинский центр Клиника Лугуева», имеющее лицензию на медицинскую деятельностьЛО № 05-01-001910 от 09.08.2018,в лице Генерального директора ЛугуеваЗапираГаджиевича, именуемая в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и господин (госпожа) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_паспорт: серия \_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. проживающий(ая) по адресу: г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ул.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, д.№\_\_\_\_\_, кв.№\_\_\_\_\_\_\_ именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА
   1. В соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности и действующим прейскурантом цен на медицинские услуги,Исполнитель обязуется оказывать Пациенту на возмездной основе медицинские услуги согласно перечню оказываемых услуг.
   2. Пациент обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставляемых медицинских услуг, а также выполнять требования Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.
   3. При исполнении настоящего договора стороны руководствуются действующим Российским законодательством, регулирующим предоставление платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями.
2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ
   1. Исполнитель оказывает услуги по настоящему договору в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией Клиники и доводятся до сведения Пациента.
   2. Предоставление услуг по настоящему договору происходит в порядке предварительной записи Пациента на прием. Предварительная запись Пациента на прием осуществляется через администратора Исполнителя посредством телефонной, факсимильной и иной связи.
   3. На всех основных этапах оказания услуг, предусмотренных настоящим договором, до и после проведения операции, Исполнитель производит фотографирование Пациента. Фотографии являются собственностью Исполнителя и хранятся у Исполнителя. Пациент вправе отказаться от фотографирования. Отказ должен быть оформлен в письменном виде.
   4. В случае, если Пациент дал согласие на проведение операции и был предупрежден о возможной необходимости в корректирующей операции для получения наилучшего результата, Пациент оплачивает расходы Исполнителю по повторной операции полностью.
   5. В случае невозможности продолжения проведения операции в связи с индивидуальными особенностями организма Пациента, по рекомендации врача-анестезиолога операция может быть прекращена в целях сохранения жизни и здоровья Пациента. Решение о прекращении операции принимает врач-анестезиолог. В этом случае операция переносится на неопределенный срок.
   6. Для сведения к минимуму риска осложнений во время операции и в послеоперационном периоде, Пациент обязан предоставить всю информацию касающуюся его здоровья (любые перенесенные заболевания, прием психотропных, гормональных, разжижающих кровь препаратов, наличие беременности, вредные привычки и др.).
   7. В случае несоответствия результатов анализов с клиническими данными (либо, предоставление заведомо ложных данных или фальсифицированных данных результатов анализов, повлекших за собой ухудшение состояния в раннем или послеоперационном периоде или во время операции) вся ответственность в данном случае возлагается Пациента, Исполнитель вправе в одностороннем порядке прекратить оказание платной медицинской помощи до улучшения состояния здоровья с подтверждением повторными результатами клинико-лабораторного обследования. О возможных последствиях пациент предупрежден на первичной консультации.
   8. Исполнитель до начала операции предоставляет всю необходимую информацию об этой услуге, указывая на возможные осложнения, разъясняет Пациенту цель, характер, ход и объем планируемого лечения, хирургического вмешательства, а так же способы их проведения.
3. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

3.1. Стоимость медицинской услуги определяется на основании цен, указанных в прейскуранте Клиники, действующем на дату оказания услуги. Стоимость медицинской услуги по настоящему договору составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.2. Пациент обязуется оплатить: стоимость медицинских услуг; затраты Исполнителя по оплате услуг третьих лиц, привлеченных к

исполнению настоящего договора; в случае возникновения в ходе операции обстоятельств, требующихизменения плана и объема оперативного вмешательства и (или) анестезиологического пособия.

* 1. Оплата медицинских услуг по настоящему договору производится в день заключения договора в размере 15% от стоимости предоставляемой медицинской услуги Пациентом и оставшиеся 85% от стоимости Пациент оплачивает перед оказанием услуги, если иной порядок не предусмотрен настоящим договором или соглашением сторон.
  2. Оплата услуг производится Пациентом в Российских рублях, всеми способами, разрешенными законодательством РФ.
  3. В случае если после подписания настоящего Договора и внесения предварительной оплаты в размере 15% от стоимости услуги Пациент отказывается от оказания медицинской услуги, он обязан в письменном виде предупредить медицинский персонал Клиники об отказе от медицинской услуги не менее чем за 7 календарных дней до назначенной даты ее оказания. Целью данного оповещения является оптимизация оказания медицинской помощи.
  4. В случае если Пациент нарушает условия п.3.5. настоящего договора, внесенная в качестве предоплаты сумма денежных средств в размере 15% от стоимости услуги, Пациенту не возвращается (экономический простой).
  5. В случае выявления в анализах Пациента изменений требующих лечения (или продолжения лечения), внесенная в качестве предоплаты сумма денежных средств в размере 15% от стоимости услуги, не возвращается, а пациент переносится на неопределенный срок до нормализации состояния Пациента, согласно срока действия Договора.
  6. В случае выявления в анализах Пациента изменений, которые невозможно скорректировать, внесенная в качестве предоплаты сумма денежных средств в размере 15% от стоимости услуги возвращается Пациенту.

1. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН
   1. Исполнитель обязуется:
2. Своевременно и качественно оказывать услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.
3. Обеспечить Пациента в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

4.1.3. Обеспечить Пациенту непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья. Сведения о состоянии здоровья и результатах лечения не выдаются по телефону и третьим лицам. Копии медицинской документации выдаются Пациенту только по письменному требованию.

4.2. Пациент обязуется:

1. Пациент имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о вариантах медицинского вмешательства, связанных с ними рисками, возможных их последствиях.
2. Пациент до начала лечения, предусмотренных настоящим договором, предоставляет Исполнителю достоверную информацию о состоянии здоровья.
3. Пациент имеет право на Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.
4. Пациент обязуется надлежащим образом исполнять условия настоящего договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Пациентом настоящего договора.
5. Пациент обязуется заблаговременно письменно информировать Исполнителя о необходимости отмены или изменении назначенного ему времени получения медицинской услуги (не позднее чем за 7 календарных дней). В случае не соблюдения требований предоплата в размере 15% не возвращается. В случае опоздания Пациента более чем 20 (двадцать) минут по отношению к назначенному Пациенту времени получения услуги, Исполнитель оставляет за собой право на перенос или отмену срока получения услуги.
6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН
   1. Исполнитель несет ответственность в размере реального ущерба, причиненного Пациенту неисполнением или ненадлежащим исполнением условий настоящего договора, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента в соответствии с законодательством РФ.
   2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего договора, причиной которого стало нарушение Пациентом условий настоящего Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.
   3. Исполнитель не несет перед Пациентом ответственности, возникшей по вине Пациента после подписания информированного согласия пациента на операцию.
   4. Исполнитель вправе прекратить оказание медицинской услуги Пациенту, если он не выполняет предписания и назначения медицинского персонала, а также не соблюдает общепринятые нормы поведения.
7. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

6.1 Все споры, вытекающие из настоящего договора, разрешаются прежде, всего в претензионном порядке. Сторона, получившая претензию, обязана рассмотреть ее и ответить по существу не позднее 30 рабочих дней с момента ее получения.

6.2 В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

1. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ
   1. Стороны гарантируют соблюдение конфиденциальности в отношении информации и документации, полученной по данному договору.
   2. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания сторонами.
   3. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одном экземпляру для каждой из сторон.
2. ПЕРЕЧЕНЬ ОКАЗЫВАЕМЫХ УСЛУГ

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование услуги | Единица измерения | Цена (руб) | Количество | Сумма |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

9. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Работодатель: Общество с ограниченной ответственностью

«Многопрофильный медицинский центр клиники Лугуева»

Адрес: Республика Дагестан, г. Махачкала,

ул. Магомеда Гаджиева, 73 «Б»

ИНН: 0573010841

КПП: 057301001

Р/сч.: 40702810560320008196

Кор/сч.: 30101810907020000615

БИК: 040702615

Исполнительный директор\_\_\_\_\_\_\_\_\_ К.М. Гаджиева

М.П.

Пациент: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 200 \_\_ г.

код подразделения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

зарегистрирован по адресу:

Экземпляр договора мною получен.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)

Приложение №1 к договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в соответствии с требованиями статьи №20 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Я даю разрешение медицинским работникам проводить любые диагностические мероприятия, которые они сочтут необходимыми. В соответствии с Приказом МЗСР от 23.04.12 №390Н, я даю согласие на проведение опроса, осмотра (пальпацию, перкуссию, аускультацию, антропометрические исследования, термометрию, тонометрию, не инвазивные исследования органов слуха, зрения, нервной системы, опорно-двигательного аппарата), лабораторные, функциональные методы исследования, введение, по назначению врача, лекарственных препаратов - внутримышечно, подкожно, внутривенно, внутрикожно.

Я так же даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п.1,зст.ст 11 ФЗ№152-ФЗ «О защите персональных данных».

Я в полной мере проинформирован(а) о целях, методах, возможном риске, последствиях, результатах данного медицинского вмешательства.

Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно соглашаюсь на медицинское вмешательство.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу заболевания, осведомлен(а) об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время указанного медицинского вмешательства, включая анестезию и прием лекарственных средств, и понимаю, что существует определенная степень риска возникновения побочных эффектов и осложнений.после беседы с врачом полностью понимаю, что при соблюдении мною рекомендаций и требований, можно ожидать наилучших результатов операции и минимального риска развития осложнений.

здоровья

Я также предупрежден(а) врачом о возникновении потенциальной опасности для моего здоровья (жизни) в следующих случаях:

при неполном информировании мною врачей о моих медицинских проблемах, в том числе имевших место в прошлом (перенесенные заболевания, повышенная чувствительность к лекарствам, ухудшение самочувствия перед операцией и др.);

при нарушении категорического запрета на курение до и в течение 4 недель после операции (а в некоторых случаях и на более длительный срок);

при нарушении данных мне указаний и рекомендаций, в том числе:

о подготовке к операции (ограничения в приеме пищи, прием назначенных врачом лекарств, отказ от приема других медикаментов и др.);

о режиме поведения после операции и после выпискииз клиники (соблюдение постельного режима, режима движений, сроков выхода на работу; ограничение ходьбы, нагрузки на конечности, ограничения в сексуальных отношениях и др.);

о режиме питания до и после операции (сроки приема пищи, ограничение ее количества и пр.

Я полностью понимаю, что нарушение врачебных рекомендаций и требований может способствовать развитию местных и (или) общих осложнений или даже стать их причиной. Это, в свою очередь, может ухудшить результаты лечения, увеличить его продолжительность, а в некоторых случаях потребовать стационарного лечения и проведения повторных операций.

Я признаю, что если это произойдет по моей вине, я несу за это личную ответственность, в том числе материальную.

Я согласен(а) на применение всех необходимых по моему состоянию здоровья лекарственных препаратов,

за исключением:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы.

Я разрешаю передать информацию о нахождении на лечении и состоянии здоровья следующим лицам:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, инициалы и подпись пациента (законного представителя):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия и подпись медицинского работника:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение №2 к договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

Операция Блефаропластика

1. Я уполномочиваю доктора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее – Врача) и его ассистентов выполнить мне операцию пластики верхних, нижних век. Содержание и результаты операции, возможные опасности и осложнения, а также возможности альтернативных методов лечения мне полностью объяснены Врачом, и я их полностью поняла. Особенно важными и полностью ясными для меня являются следующие положения об особенностях послеоперационного периода:

А) после операции развивается отек и изменяется цвет кожи век, в редких случаях изменение цвета кожи сохраняется на длительный срок (несколько недель);

Б) разрезы кожи заживают с образованием тонкого рубца; на веках через несколько месяцев после операции эти рубцы становятся практически незаметными, однако при очень внимательном рассмотрении их можно обнаружить.

После операции возможно развитие любых общехирургических осложнений (нагноение раны, кровотечение, тромбофлебит, тромбоэмболия, образование келоидных рубцов и др.), а также следующих осложнений характерных для данной операции:

А) может развиваться конъюнктивит, который проходит при соответствующем лечении;

Б) в редких случаях после пластики нижних век может возникнуть их выворот; это состояние проходит при соответствующем консервативном лечении; в единичных случаях может потребоваться повторная операция.

В) возможно развитие онемения отдельных участков кожи, парезов веточек лицевого нерва, проходящие в течении нескольких недель или месяцев.

1. Я понимаю, что две половины человеческого лица (и в том числе глаза) всегда имеют некоторые различия в форме и размерах и эти различия остаются после операции.
2. Я понимаю, что хирургия – это не точная наука и что даже опытный хирург не может абсолютно точно гарантировать получение желаемого результата. Никто, в том числе Врач, не гарантировал мне этого на 100%.
3. Мне не известно о моей повышенной чувствительности к лекарственным препаратам, кроме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

5. Я согласен (не согласен) на фотографирование и использование моих фотографий на личном интернет сайте доктора, сайте и инстаграмме клиники.

Я удостоверяю, что Я ознакомилась(ся) с приведенной выше информацией, что полученные мною объяснения меня полностью удовлетворяют и что Я полностью понимаю назначение данного документа, и подтверждаю свое согласие на операцию.

Пациент:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_