

Уведомление о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) медицинской организации

ООО «НОВОМЕД Н», в соответствии с п. 24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736, уведомляет о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинской организации – ООО «НОВОМЕД Н» (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

С уведомлением ознакомлен(ы) до заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

00.00.202

ФИО пациента

(подпись)

ДОГОВОР № НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Новороссийск

00.00.202

ООО «НОВОМЕД Н», в лице генерального директора ШАРАКОВА РУСЛАНА АНДРЕЕВИЧА, действующего на основании Устава, именуемого в дальнейшем «Исполнитель» с одной стороны и

и гражданин(ка) , года рождения, документ, удостоверяющий личность: Паспорт гражданина Российской Федерации серия № , выдан , кем выдан , зарегистрирован по адресу: , проживает по адресу: , контактный телефон , именуемый в дальнейшем «Потребитель», (в случае заключения анонимного договора данные указываются со слов) с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему Договору Потребитель поручает Исполнителю оказывать Потребителю медицинские услуги в соответствии с предусмотренными в настоящем Договоре условиями расчетов в том числе, но не исключительно в амбулаторных условиях, условиях дневного стационара, в стационарных условиях в рамках действующей у Исполнителя лицензии на осуществление медицинской деятельности (далее – Лицензия), а Потребитель обязуется своевременно производить оплату предоставляемых ему медицинских услуг в соответствии с утвержденным Прейскурантом Исполнителя, с которым Потребитель ознакомлен до подписания настоящего Договора.

1.2. Перечень (наименование и количество) медицинских услуг, оказываемых Потребителю (Пациенту) по настоящему Договору, сроки оказания и стоимость медицинских услуг согласовываются Сторонами в Спецификации, являющейся приложением к настоящему Договору и составляющей его неотъемлемую часть (Приложение №1 к настоящему договору). Спецификация к настоящему Договору подписывается при каждом обращении Потребителя за новыми (не предусмотренными действующей на момент соответствующего обращения Спецификацией) медицинскими услугами.

1.3. Лицензия на осуществление Исполнителем медицинской деятельности с перечнем работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации, а также действующий прейскурант цен на медицинские услуги находятся в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на официальном сайте Исполнителя <https://novomed-novoross.ru>. Потребитель подтверждает, что ознакомлен с действующим Прейскурантом, а также лицензией на осуществление медицинской деятельности размещенными на информационной стойке в регистратуре или на официальном сайте Исполнителя. Информация о медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации) размещена на официальном сайте Исполнителя <https://novomed-novoross.ru>.

1.4. Потребитель подтверждает, что согласен на осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем настоящего договора по потребности потребителя и по согласованию с ним.

1.5. При заключении Договора Пациенту предоставлена в доступной форме информация:

- о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также информация о платных медицинских услугах (по требованию Пациента),
- о порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;
- информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, и последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи. И другие сведения, относящиеся к предмету Договора.
- о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях;

- о Правилах предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736).

1.6. Срок оказания медицинских услуг определяется услугой определяется, исходя из объема профилактических, диагностических и лечебных мероприятий, предусмотренных нормативными документами, с учетом режима работы Исполнителя. Амбулаторная медицинская помощь оказывается Исполнителем в день обращения Потребителя, если иной порядок не установлен в порядках и стандартах оказания медицинской помощи, а также при доступности выбранного Потребителем врача. Стационарная медицинская помощь оказывается в период госпитализации до выписки Пациента (Потребителя).

1.7. Адрес мест оказания медицинских услуг: «»

2. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Потребителя (законного представителя потребителя) и согласия Потребителя (законного представителя) приобрести медицинскую услугу на возмездной основе.

2.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензиями на медицинскую деятельность, порядками, стандартами, другими документами в соответствии с действующим законодательством РФ.

2.3. Исполнитель осуществляет свою деятельность в соответствии с лицензией на осуществлении медицинской деятельности Л041-01126-23/00574020 от 24.05.2016, выданной Министерством здравоохранения Краснодарского края, срок действия- бессрочно, перечень услуг: 353925, Краснодарский край, г. Новороссийск, улица Пионерская, 23, нежилое помещение № X,XI,XII, литер А. При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинскому массажу; сестринскому делу; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии; терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); аллергологии и иммунологии; гастроэнтерологии; дерматовенерологии; кардиологии; колопроктологии; мануальной терапии; неврологии; нейрохирургии; нефрологии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации); офтальмологии; профпатологии; психиатрии; психиатрии-наркологии; пульмонологии; рефлексотерапии; спортивной медицине; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; урологии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе профессиональной пригодности; При проведении медицинских

осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым); При проведении медицинских освидетельствований организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием; медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством.

353913, Краснодарский край, городской округ город Новороссийск, г. Новороссийск, пр-кт Ленина, д. 76 выполняемые работы, оказываемые услуги: Приказ 866н; При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); медицинскому массажу; рентгенологии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; педиатрии; терапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); аллергологии и иммунологии; гастроэнтерологии; гематологии; дерматовенерологии; детской кардиологии; детской онкологии; детской урологии-андрологии; детской хирургии; детской эндокринологии; инфекционным болезням; клинической лабораторной диагностике; неврологии; нефрологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации); офтальмологии; рентгенологии; стоматологии детской; стоматологии терапевтической; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностики; физиотерапии; функциональной диагностики; При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: педиатрии; сестринскому делу в педиатрии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе качества медицинской помощи.

2.4. Потребитель (законный представитель) предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.

2.5. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством РФ.

2.6. Потребитель (законный представитель) незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

2.7. Исполнителем выдаются Потребителю (законному представителю потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

2.8. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством РФ об охране здоровья граждан.

2.9. Потребитель дает Исполнителю согласие (отказ) на обработку необходимых персональных данных Потребителя в объеме и способами, указанными в Федеральном законе от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору.

2.10. Приём несовершеннолетнего, не достигшего возраста пятнадцати лет, или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, производится Исполнителем только в присутствии законного представителя, или иного представителя при наличии у представителя оригинала документа, подтверждающего право представлять интересы Пациента.

2.11. В соответствии с п. 4 ч. 2 ст. 10 Закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных», Исполнитель производит обработку специальных категорий персональных данных, касающихся состояния здоровья физического лица, осуществляемую в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг.

2.12. Факт оказания медицинских услуг, указанных в Спецификации, подтверждается Актом об оказании медицинских услуг (Приложение № 2 к настоящему договору), подписываемым Сторонами по настоящему договору.

3. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

3.1. Перечень и цена оказываемых Исполнителем медицинских услуг предусмотрены в Прейскуранте, действующем на дату оказания медицинской услуги. Прейскурант, размещенный на официальном сайте Исполнителя и информационных стендах Исполнителя, содержит информацию о стоимости услуг в рублях на текущую дату.

3.2. Основанием для оплаты Потребителем медицинских услуг является подписанная Спецификация. В течение срока действия настоящего Договора Спецификация формируется при каждом случае обращения Потребителя за оказанием медицинских услуг, в которой содержится перечень и стоимость оказываемых Потребителю медицинских услуг.

3.3. Оплата медицинских услуг производится Потребителем путем 100 % предоплаты. Оплата медицинских услуг осуществляется в рублях РФ и может производиться безналичным платежом путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя; наличными денежными средствами путем внесения в кассу Исполнителя; через платежные терминалы, установленные в местах оказания медицинских услуг Исполнителя.

3.4. Исполнитель вправе изменять Прейскурант в период действия настоящего Договора. Информация об изменении стоимости медицинских услуг, а также измененный Прейскурант доводятся до Потребителя (Пациента) путем размещения на официальном сайте: <https://novomed-novoross.ru> и на информационных стендах Исполнителя.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Исполнитель обязуется:

4.1.1. Согласовывать с Потребителем в Спецификациях наименование, объем и стоимость оказываемых медицинских услуг. Оказывать Потребителю услуги, указанные в Спецификациях, в соответствии с действующим законодательством РФ, в том числе положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи.

4.1.2. Обеспечить Потребителя бесплатной, доступной и достоверной информацией об оказываемой медицинской помощи.

4.1.3. Исполнитель привлекает к оказанию медицинских услуг следующих соисполнителей:

- Общество с ограниченной ответственностью "Консультационное клиническое патологоанатомическое бюро" (ООО «ККПАБ»), ИНН 2634102045

Адрес места осуществления деятельности: 355018, Ставропольский край, г. Ставрополь, ул. Балакирева, дом № 5, помещение 18-35.

Лицензия на медицинскую деятельность Л041-01197-26/00347784 от 20.03.2020., вид услуги: гистологическое исследование биологического материала, срок оказания услуги- 10 календарных дней.

- Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Онкологический диспансер № 3» министерства здравоохранения Краснодарского (ГБУЗ «Онкодиспансер № 3»), ИНН 2315074585

Адрес места осуществления деятельности: 353915, Краснодарский край, г. Новороссийск, ул. Челюскинцев, д. 10

Лицензия на медицинскую деятельность ЛО41-01126-23/00359835 от 18.07.2017, вид услуг: гистология, срок оказания услуги- 3-10 календарных дней.

- ООО «СЛ МедикалГруп», ИНН 2308108201,

Адрес места осуществления деятельности: 350072, Краснодарский край, г. Краснодар, Прикубанский округ, ул. Московская, д. 96

Лицензия на медицинскую деятельность Л041-01126-23/00367695 от 23.11.2020, вид услуг: клиническая лабораторная диагностика, лабораторная диагностика, срок оказания услуги- 2-10 календарных дней.

- ООО «КДЛ Домодедово-Тест», ИНН 5009046778,

Адрес места осуществления деятельности: 350038, Краснодарский край, г. Краснодар, ул. Северная, д. 419,

Лицензия на медицинскую деятельность Л041-01137-77/00590382 от 24.11.2020, вид услуги: клиническая лабораторная диагностика, срок оказания услуги- 2-10 календарных дней.

Соисполнитель по договору с ООО «КДЛ Домодедово-Тест»:

ООО "Лаборатория Де Жени",

Адрес места осуществления деятельности: 127287, г. Москва, ул.2-ая Хуторская, д. 38А, стр. 14,

Лицензия на медицинскую деятельность Л041-01137-77/00301219 от 28.09.2015, вид услуги: гистология; лабораторная диагностика; срок оказания услуги- 10 календарных дней.

4.1.4. Соблюдать установленные законодательством РФ требования к оформлению и ведению медицинской документации. После оказания платных медицинских услуг выдать Потребителю медицинские документы, отражающие состояние его здоровья.

4.2. Потребитель обязуется:

4.2.1. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

4.2.2. Информировать Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

4.2.3. Соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

4.2.4. Бережно относиться к имуществу Исполнителя и соблюдать Правила внутреннего распорядка медицинской организации Исполнителя.

4.3. Исполнитель имеет право:

4.3.1. Получать от Потребителя информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.

4.3.2. Получать оплату за оказание медицинских услуг по настоящему Договору.

4.3.3. В случае отказа Потребителя от получения медицинской услуги после ее оплаты, Исполнитель вправе получить возмещение в размере фактически понесенных расходов, в том числе затраты на приобретение расходных материалов.

4.4. Потребитель имеет право:

4.4.1. Получать от Исполнителя услуги, предусмотренные настоящим Договором.

4.4.2. Получать информацию о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья.

4.4.3. Досрочно отказаться от исполнения Договора. В случае отказа Потребителя от получения медицинской услуги после её оплаты Потребитель обязан возместить Исполнителю фактически понесенные расходы в размере от 20 до 100 % от стоимости медицинской услуги.

4.5. Потребитель и Исполнитель обладают иными правами и несут иные обязанности, предусмотренные законодательством РФ.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством РФ.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента (Потребителя) в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.3. Вред, причиненный Потребителем имуществу Исполнителя, подлежит возмещению исполнителю в соответствии с действующим законодательством РФ.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

6.1. Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует 1 (один) год. Если не менее чем за 30 (тридцать) дней до окончания срока действия Договора ни одна из сторон не заявит о необходимости его изменения или расторжения, такой Договор считается пролонгированным на следующий год.

6.2. Стороны договорились, что к настоящему договору применяются положения статьи 429.1 Гражданского кодекса Российской Федерации о рамочном договоре.

6.3. Изменение и расторжение настоящего Договора осуществляется на основании и в порядке, предусмотренным действующим законодательством РФ и настоящим Договором.

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

7. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

7.1. Стороны обязуются все возникающие разногласия решать путем переговоров.

7.2. При неурегулировании Сторонами возникших разногласий спор разрешается в судебном порядке.

7.3. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством, а также Федеральным законом от 02.05.2006 год № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации».

8. ИНЫЕ УСЛОВИЯ

8.1. Руководствуясь п. 2 ст. 160 Гражданского кодекса Российской Федерации Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи и факсимильного воспроизведения Исполнителем подписей («факсимиле») уполномоченных им лиц с помощью средств механического или иного копирования, электронной подписи, либо иного аналога собственноручной подписи на документах, являющихся обязательными и необходимыми при проведении сделок в силу законодательства РФ или условий настоящего Договора.

8.2. Стороны пришли к соглашению о том, что настоящий договор, дополнительное соглашение, Спецификации и приложения к настоящему договору, согласие на обработку персональных данных, информированные добровольные согласия на медицинское вмешательство, отказ от медицинского вмешательства, отказ на передачу персональных данных в ЕГИСЗ, отметки о получении медицинской документации, иные документы, связанные с оказанием услуг по настоящему договору, будут оформлены путем проставления сторонами аналога собственноручной подписи, с помощью средств механического или иного копирования либо иного аналога собственноручной подписи, в том числе графического электронного средства (графического планшета). Аналог собственноручной подписи, оформленный посредством графического планшета, имеет юридическую силу, равную собственноручной подписи.

8.3. Договор составлен в трех экземплярах, один из которых находится у исполнителя, второй - у заказчика, третий - у потребителя, имеющих равную юридическую силу. В случае если договор заключается потребителем и исполнителем, он составляется в 2 экземплярах (кроме случаев заключения договора дистанционным способом).

9. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель:
ООО «НОВОМЕД Н»
Адрес: 353925, РФ, Краснодарский край,
г. Новороссийск, ул. Пионерская, 23, пом. № X,XI,XII
свидетельство о государственной регистрации
юридического лица: серия 23 № 007198769 от 24.02.2011г.
ИНН 2315165730, ОГРН 1112315000930

Потребитель
Ф.И.О.
Паспорт

Адрес
Телефон:

_____/_____/_____

/ШАРАКОВ Р.А./

Спецификация № _____

к договору № от 00.00.202 на оказание платных медицинских услуг

г. 00.00.202 г.
Новороссийск

ООО «НОВОМЕД Н», в лице генерального директора ШАРАКОВА Р.А., действующего на основании Устава, именуемого в дальнейшем «Исполнитель» с одной стороны и гражданин(ка) , года рождения, документ, удостоверяющий личность: Паспорт гражданина Российской Федерации серия №, выдан , кем выдан , зарегистрирован по адресу: , проживает по адресу: , контактный телефон , именуемый в дальнейшем «Потребитель», (в случае заключения анонимного договора данные указываются со слов) с другой стороны, вместе именуемые «Стороны» настоящим согласовали перечень и объем услуг, подлежащих оказанию Исполнителем по договору на оказание платных медицинских услуг № _____ от _____ (далее по тексту – Договор):

1. В соответствии с настоящим Договором Исполнитель обязуется оказать Потребителю следующие платные медицинские услуги
2. Настоящая Спецификация является основанием для оплаты указанных в ней Услуг.

№п/п	Наименование	Кол-во	Стоимость, руб.	Врач	Дата

Итого:

ИСПОЛНИТЕЛЬ

Потребитель

_____ Шараков Р.А.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу:

_____ (указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н¹ (далее — виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

ООО «НОВОМЕД Н»

_____ (полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником

_____ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

_____ Г.
(дата оформления)

Приложение № 2
к договору № _____ от _____
на оказание платных медицинских услуг

Акт
об оказании медицинских услуг по договору № _____ от _____
на оказание платных медицинских услуг

г. 00.00.202 г.
Новороссийск
ООО «НОВОМЕД Н», в лице генерального директора ШАРАКОВ Р.А., действующего на основании Устава, именуемого в дальнейшем «Исполнитель» с одной стороны и гражданин(ка) _____, года рождения _____, документ, удостоверяющий личность: Паспорт гражданина Российской Федерации серия № _____, выдан _____, кем выдан _____, зарегистрирован по адресу: _____, проживает по адресу: _____, контактный телефон _____, именуемый в дальнейшем «Потребитель», (в случае заключения анонимного договора данные указываются со слов) с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Акт о нижеследующем:

1. В соответствии со Спецификацией № _____ от 00.00.202 к договору № _____ от _____ на оказание платных медицинских услуг Исполнитель оказал Потребителю следующие платные медицинские услуги

№п/п	Наименование	Кол-во	Стоимость, руб.	Врач	Дата услуги

Итого:

2. 2. Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Потребитель (Заказчик) претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет. Выписка о состоянии здоровья (эпикриз), справка, заключение на руки получен(ы)
_____.

ИСПОЛНИТЕЛЬ	Потребитель
_____ Шараков Р.А.	_____

**СОГЛАСИЕ
ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, _____,
(указывается фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
" _____ " _____ г. рождения (указывается дата рождения гражданина либо законного представителя),
зарегистрированный по адресу: _____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)
действую в интересах _____
(указывается фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
" _____ " _____ г. рождения (указывается дата рождения пациента при подписании законным представителем)
проживающего по адресу _____
(указывается в случае проживания не по месту жительства законного представителя)
представляемого мной на основании Свидетельства о рождении/паспорт (указывается наименование и реквизиты правоустанавливающего документа, кем, когда выдан)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку Обществом с ограниченной ответственностью «НОВОМЕД Н» (далее по тексту — «Оператор») моих персональных данных, а именно:

фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, контактный телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа, удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС); страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, назначения и проведения лечения.

В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на обработку моих персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим работникам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Оператор имеет право: при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями; с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что передача указанных данных будет осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС, а также по работе с платными медицинскими услугами, в том числе по ДМС, на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией (при наличии), территориальным фондом ОМС, единую государственную систему здравоохранения (ЕГИСЗ) 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. Я уведомлен, что имею право отказаться от передачи данных в ЕГИСЗ путем подачи заявления об отказе на передачу персональных данных в ЕГИСЗ.

Срок хранения моих персональных данных у Оператора соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

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

Я согласен (а) со следующими действиями с моими персональными данными: 1. Обработка моих персональных данных в защищенных в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов; 2. Обработка моих персональных, защищенных в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

Ф.И.О., подпись _____ (дата)

ОТКАЗ НА ПЕРЕДАЧУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ В ЕГИСЗ²

Я, _____,
(указывается фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
"__" ____ г. рождения (указывается дата рождения гражданина либо законного представителя),
зарегистрированный по адресу:
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу:
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)
действуя в интересах
(указывается фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
"__" ____ г. рождения (указывается дата рождения пациента при подписании законным представителем)
проживающего по адресу
(указывается в случае проживания не по месту жительства законного представителя)
представляемого мной на основании Свидетельства о рождении/паспорт (указывается наименование и реквизиты правоустанавливающего документа, кем, когда выдан)

подтверждаю, что

Общество с ограниченной ответственностью «НОВОМЕД Н», 353925, Краснодарский край, г. Новороссийск, ул. Пионерская, д. 23, пом. X,XI,XII далее - «Оператор»
(указать полное наименование медицинской организации и адрес местонахождения)

1. проинформировал о возможности реализации моего права на доступ к медицинской документации посредством портала «ГОСУСЛУГИ» путем передачи моих персональных данных в ЕГИСЗ;
2. я заявил отказ от передачи персональных данных в ЕГИСЗ;
3. дальнейших претензий к Оператору по передаче данных в ЕГИСЗ не имею.

_____/_____
Подпись (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя)

«__» ____ 20__ года
Дата оформления

»

² ЕГИСЗ - единая государственная информационная система в сфере здравоохранения, которая создана, развивается и эксплуатируется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в целях обеспечения доступа граждан к услугам в сфере здравоохранения в электронной форме, а также взаимодействия информационных систем в сфере здравоохранения. Положение о единой системе, в том числе порядок доступа к информации, содержащейся в ней, порядок и сроки представления информации в единую систему, порядок обмена информацией с использованием единой системы, утверждается Правительством Российской Федерации (Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 25.12.2023) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Постановление Правительства РФ от 09.02.2022 N 140 (ред. от 30.11.2022) "О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения" (вместе с "Положением о единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения").

Отказ от медицинского вмешательства

Я, _____ « _____ » _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения гражданина либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

в отношении _____ « _____ » _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения при подписании отказа законным представителем)

при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи
в ООО «НОВОМЕД Н»

_____ (полное наименование медицинской организации)

отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н:

_____ (наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Медицинским работником

_____ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния)

_____ (указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного (вышеуказанных) вида (видов) медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния))

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя гражданина)

_____ « _____ » _____ г.

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

_____ (дата оформления)