

**ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № \_\_\_\_\_**

г. Нижний Новгород

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

ООО «АСТЕР-МЕД», Медицинская клиника «Вера», лицензия на право осуществления медицинской деятельности №ЛО-52-01-006074 от 10.05.2018, в лице **Директора Колесникова Дмитрия Леонидовича, действующего на основании Устава**, далее по тексту «Исполнитель», с одной стороны и гр. Ф.И.О. <>, именуемый (ая) в дальнейшем «Пациент» в случае непосредственного получения медицинских услуг по настоящему договору, или «Заказчик» в случае заключения договора в пользу самого себя, а также в интересах другого лица (Пациента), в том числе в интересах несовершеннолетнего, недееспособного, ограниченно дееспособного, представителем которого он является на основаниях, предусмотренных действующим законодательством, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется оказывать на возмездной основе необходимую медицинскую помощь (медицинские услуги, в том числе профилактические, лечебно-диагностические, реабилитационные, ортопедотравматологические, и др.), отвечающую требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а Заказчик добровольно принимает на себя обязательство оплачивать оказанные медицинские услуги (медицинскую помощь) в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором.

1.2. При подписании настоящего договора Заказчик ознакомлен с прейскурантом медицинских услуг, с их стоимостью и условиями предоставления, режимом работы медицинской клиники «Вера».

1.3. Исполнитель в соответствии с пунктом 1.1. настоящего договора оказывает медицинские услуги по настоящему договору по **месту** проживания Пациента или в помещении Исполнителя, расположенном по адресу: г. Нижний Новгород, ул. Академика Сахарова, д. 113, помещение №2. Предоставление медицинских услуг Заказчику происходит в порядке предварительной записи после согласования с врачом, закрепленным Исполнителем за Заказчиком.

1.4. Перечень медицинских услуг, составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией, на дату заключения настоящего договора - является приложением №1 к настоящему договору.

1.5. Перечень платных медицинских услуг, которые могут быть предоставлены в соответствии с настоящим договором на дату его заключения - является приложением №1 к настоящему договору.

1.6. Срок предоставления медицинской услуги, выбранной для Пациента, указывается в документе, который оформляется на оказание этой услуги (таким документом может быть план лечения, заключение врача, счёт, акт, график записи пациентов на приём или иной документ).

1.7. Порядок выбора медицинской услуги для Пациента и получение информации о ней. Медицинская услуга может быть выбрана, а информация о ней получена:

- из описанных на странице в сети Интернет <http://vera-clinic.ru/services/>,
- из рекомендованных на приёме у Врача или в заключении врача,
- из описанных в информационных материалах, размещенных в помещении клиники.

Факт выбора медицинской услуги для пациента подтверждается в документе, который оформляется на оказание этой услуги (таким документом может быть план лечения, заключение врача, счёт, акт, график записи пациентов на приём, Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или иной документ).

1.8. Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги, качество которых соответствует обязательным требованиям к качеству медицинских услуг, установленных федеральным законом, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации.

**2. Права и обязанности сторон**

**2.1. Заказчик (Пациент) имеет право:**

2.1.1. требовать от Исполнителя предоставления сведений о наличии лицензии и сертификата расчета стоимости оказанных услуг;

2.1.2. в любой момент отказаться от медицинской помощи с оплатой фактически оказанных услуг;

2.1.3. выбрать лечащего врача (с учетом его согласия);

2.1.4. получать от Исполнителя для ознакомления в доступной для понимания и восприятия форме любые сведения о состоянии своего здоровья, протекании лечения, данные промежуточных обследований результаты анализов, протоколы консилиумов и т. д.;

2.1.5. требовать проведение консилиума или консультаций других специалистов;

2.1.6. на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. В случаях, когда состояние Пациента не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах Пациента решает консилиум, а в особых случаях лечащий (дежурный) врач. Отказ от медицинского вмешательства с

указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается пациентом или его законным представителем, а также врачом.

## **2.2. Заказчик (Пациент) обязуется:**

2.2.1. оплатить стоимость предоставляемой медицинской помощи (медицинских услуг), согласно прейскуранта, действующего на момент заключения договора;

2.2.2. до назначения курса лечения сообщить лечащему врачу все сведения о наличии у него других заболеваний, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, а также другую информацию, влияющую на оказание медицинских услуг, указанных в п. 1.1. настоящего договора;

2.2.3. выполнять требования медицинского персонала Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление платных медицинских услуг;

2.2.4. соблюдать внутренний режим нахождения в Медицинской клинике «Вера»;

2.2.5. при прохождении курса лечения сообщать лечащему врачу о любых изменениях своего самочувствия;

2.2.6. в случае невозможности явки на лечение или контрольный осмотр в назначенное лечащим врачом время, предупредить об этом Исполнителя не менее чем за сутки;

2.2.7. подписать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (в письменной форме);

2.2.8. возместить убытки в случае причинения ущерба Пациента имуществу Исполнителя.

## **2.3. Исполнитель имеет право:**

2.3.1. определять длительность лечения, объем медицинских услуг в соответствии с состоянием здоровья Пациента;

2.3.2. в случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для проведения медицинской услуги, Исполнитель имеет право назначить другого врача или согласовать с Пациентом другое удобное время приема;

2.3.3. при неисполнении Пациентом своих обязательств, прекратить или приостановить выполнение своих обязательств по настоящему договору, в одностороннем порядке расторгнуть настоящий договор;

2.3.4. отказать в приеме или в оказании медицинских услуг и не несет за это ответственности, если:

-на любом этапе лечения имеется невозможность оказания услуг/качественного оказания услуг, возникшая по вине Заказчика, в частности, при неисполнении Заказчиком своих обязанностей, предусмотренных настоящим договором;

-отсутствует возможность оказания услуг вследствие наступления обстоятельств, независящих от Исполнителя (внезапная болезнь врача, отключение электроэнергии, выход из строя оборудования и т.п.);

2.3.5. в случае опоздания Пациента в назначенное время на прием к врачу более чем на 10 минут, Исполнитель вправе осуществлять прием следующих пациентов. При этом прием Пациента будет произведен в этот день только при наличии у Исполнителя такой возможности и в то время, которое сможет выделить для этого специалист Пациента;

2.3.6. в случае возникновения неотложных состояний, угрожающих жизни Пациента, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи;

2.3.7. при необходимости привлекать для оказания медицинских услуг сторонних исполнителей и соисполнителей по согласованию с Пациентом.

## **2.4. Исполнитель обязуется:**

2.4.1. обеспечить соответствие предоставляемых по настоящему договору услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения на территории Российской Федерации;

2.4.2. использовать в процессе лечения только лицензированные, запатентованные способы, рекомендованные российской и общемировой медицинской практикой;

2.4.3. соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия и здоровья Пациента (врачебную тайну).

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

3.1. Стоимость медицинских услуг по настоящему договору устанавливается действующим прейскурантом;

3.2. Оплата услуг осуществляется Заказчиком при получении услуги путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

3.3. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения стоимость услуг может быть изменена Исполнителем, о чем Заказчик должен быть поставлен в известность. При согласии Заказчика, с учетом уточненного диагноза, сложности операции и иных затрат на лечение, данные изменения к договору должны быть произведены в простой письменной форме и подписаны обеими сторонами договора.

## **4. Ответственность Сторон**

4.1. В случае ненадлежащего исполнения своих обязанностей или нарушения сроков оказания услуг по договору Исполнитель несет ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ, в случае наличия своей вины.

4.2. В случае причинения вреда здоровью или жизни Пациента Исполнитель несет ответственность в соответствии с законодательством РФ.

4.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего договора, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Пациентом условий настоящего договора: вследствие обстоятельств непреодолимой силы, а также по основаниям, установленным действующим законодательством РФ.

4.4. Исполнитель не несет ответственности за результаты оказания медицинских услуг в случае несоблюдения Пациентом рекомендаций по лечению, режима препаратов, самовольного использования лекарственных препаратов, проведения части

лечения в другом лечебном учреждении, а также в случаях возникновения не отмечавшейся ранее аллергии или непереносимости препаратов и/или материалов, разрешенных к применению в Российской Федерации.

4.5. Нарушение Пациентом сроков лечения и плана фиксируется Исполнителем в одностороннем порядке путем соответствующих записей в медицинской карте.

4.6. При предоставлении Заказчиком предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне Медицинской клиники, Исполнитель исходит из добросовестности Заказчика и не несет ответственности в случае несоответствия, представленных данных реальной картине (истории) болезни.

4.7. Осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства/лечения, возникшие вследствие биологических особенностей организма, и вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить, не являются недостатками качества услуг, если услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований.

## **5. Конфиденциальность**

5.1. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении.

5.2. С согласия Пациента или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, указанным Пациентом или его законным представителем.

5.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Пациента или его законного представителя допускается в случаях, установленных ст. 61 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан».

## **6. Расторжение или изменение условий договора**

6.1. Настоящий договор может быть изменен или расторгнут сторонами в период его действия на основе их письменного соглашения. Обязательства сторон по настоящему договору считаются измененными или прекращенными с момента подписания соглашения об изменении или расторжении настоящего договора.

6.2. Заказчик вправе в любое время отказаться от исполнения обязательств по настоящему договору в одностороннем порядке. **В данном случае Заказчик обязан уведомить об этом Исполнителя в письменной форме.** В этом случае:

6.2.1. в течение 3 (трех) рабочих дней с момента получения соответствующего уведомления Исполнитель предоставляет Заказчику счет, в котором указывается сумма, выплаченная Заказчиком, и стоимость фактически оказанных Исполнителем Заказчику медицинских услуг и фактически понесенных затрат Исполнителя. Заказчик в течение 2 (двух) рабочих дней с момента получения счета от Исполнителя обязан оплатить Исполнителю уже произведенные Исполнителем, но не оплаченные Заказчиком услуги;

6.2.2. уплаченные Заказчиком денежные средства, превышающие стоимость оказанных Исполнителем Заказчику услуг, подлежат возврату Заказчику в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения Исполнителем уведомления о расторжении настоящего договора.

## **7. Прочие условия**

7.1. Пациент информирован о том, что в целях охранной безопасности в медицинской клинике Исполнителя ведется видеонаблюдение и не возражает против этого.

7.2. Все споры по Договору стороны стараются урегулировать в дружеском порядке - путем переговоров. В случае невозможности достижения согласия, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ в суде по месту нахождения Исполнителя.

7.3. **Настоящий договор действует без ограничения срока до наступления одного из следующих обстоятельств: расторжения договора; отказа от договора; утверждения Исполнителем новой редакции договора; иного обстоятельства, которое по законодательству РФ является основанием для прекращения договора или обязательства.**

7.4. На любой стадии оказания медицинской услуги Заказчик вправе потребовать у Исполнителя разъяснения назначения медицинской услуги, а Исполнитель обязан дать разъяснение по данному вопросу. В случае каких-либо разногласий Заказчик подает письменное заявление. При отсутствии заявления спор считается улаженным, в противном случае при необходимости может быть составлено дополнительное соглашение на оказание медицинской услуги или же договор может быть расторгнут.

7.5. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу для каждой из сторон.

**7.6. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений об ООО «АСТЕР-МЕД» в Единый государственный реестр юридических лиц: Свидетельство о государственной регистрации юридического лица № 52 005384190 от 13.11.2015г. Орган, осуществивший государственную регистрацию: Инспекция Федеральной налоговой службы по Приокскому району г. Нижнего Новгорода.**

**7.7. Наименование, адрес места нахождения и телефон лицензирующего органа, выдавшего медицинскую лицензию, действующую на дату заключения настоящего договора: Министерство здравоохранения Нижегородской области Адрес: 603022, г. Нижний Новгород, ул. Малая Ямская, д. 78, телефон отдела лицензирования: (831) 435-31-91**

Приложения:

1. Перечень медицинских услуг.

## 8. Адреса и реквизиты сторон

### Исполнитель:

ООО «АСТЕР-МЕД»  
603136, Нижегородская область, Нижний Новгород,  
Приокский, Академика Сахарова, дом №113, кв.П2  
ОГРН 1155261006130  
ИНН 5261101919  
КПП 526101001  
БИК 043601968  
К/с 30101810422023601968  
Р/с 40702810711500000234  
Филиал № 6318 Банка ВТБ (ПАО) Г. САМАРА  
Тел./факс: 8(831)469-07-66

### Администратор-кассир:

\_\_\_\_\_/ Администратор  
ПОДПИСЬ / РАСШИФРОВКА  
МП

### Заказчик:

ФИО <>

Паспорт №

Выдан , г.

адрес места жительства

телефон

### Заказчик:

\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_  
ПОДПИСЬ / РАСШИФРОВКА

При подписании настоящего договора Заказчик дает согласие на обработку персональных данных в соответствии с требованиями Федерального закона Российской Федерации от 27 июля 2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных». Я, <> предоставляю ООО «АСТЕР-МЕД» право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, использование, обезличивание, уничтожение, вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки и другие отчетные формы, и передачу моих персональных данных в соответствие с настоящим договором. Настоящее согласие дано мной при подписании настоящего договора и действует бессрочно.

\_\_\_\_\_  
Подпись Заказчика

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.



603136, Нижний Новгород,  
ул. Академика Сахарова, 113  
(831) 469-07-66, +7 920 299-06-60  
[www.vera-clinic.ru](http://www.vera-clinic.ru) | [vk.com/vera\\_clinic](https://vk.com/vera_clinic)

**Информированное добровольное согласие  
на медицинское вмешательство №**

Я,       ,        г. рождения, зарегистрированный по адресу: 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. N 390н (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи, в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". В Медицинской клинике «Вера», работником в доступной для меня форме мне разъяснены цели и 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.

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

Я получил(а) подробные объяснения по поводу состояния моего здоровья, моего заболевания, осведомлен(а) об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время указанного медицинского вмешательства, включая прием лекарственных средств, и понимаю, что существует определенная степень риска возникновения побочных эффектов и осложнений, аллергических реакций и др.

Я ознакомлен(а) со всеми требованиями и рекомендациями, которые обязуюсь соблюдать.

Я предупрежден(а), что несоблюдение требований и/или рекомендаций врача может повлечь за собой не достижение ожидаемого по окончании оказания медицинских услуг результата по вине пациента.

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 моего заболевания, осведомлен(а) о последствиях отказа от данного лечения, об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время указанного медицинского вмешательства, включая анестезию и прием лекарственных средств.

Запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением:

---

(указать какие, если имеются исключения).

До меня была доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях, в т.ч. связанных с введением медицинских препаратов в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена.

Я согласен(а) на применение всех необходимых по моему состоянию здоровья лекарственных препаратов (в т.ч. для анестезии), за исключением:

---

(указать какие, если имеются исключения).

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

Кроме того, я даю разрешение медицинским работникам проводить любые диагностические

мероприятия (в том числе рентгенологические исследования), которые они сочтут необходимыми.

Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

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 выбранных мною лицах, которым в соответствии с п. 5 ч.3 ст. 19 ФЗ № 323 от 21.11.2011 г. может быть передана информация о состоянии моего здоровья (указаны в списке доверенных лиц):

**Список доверенных лиц**

(родственники, друзья, знакомые)

Доверенное лицо ФИО	Степень родства	Контактные данные (телефон, адрес)

<>

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина)

контактный телефон

Администратор

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**ПЕРЕЧЕНЬ  
ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ,  
НА КОТОРЫЕ ГРАЖДАНЕ ДАЮТ ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ  
СОГЛАСИЕ ПРИ ВЫБОРЕ ВРАЧА И МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ  
ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ**

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикжно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.