# ДОГОВОР

**возмездного оказания медицинских услуг**

|  |  |
| --- | --- |
| г. Иркутск | «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г. |

**Государственное автономное учреждение здравоохранения «Областной центр врачебной косметологии» (ГАУЗ «ОЦВК**), именуемый в дальнейшем **Исполнитель**, в лице главного врача Панченко Дины Серафимовны, действующего на основании Устава, лицензии от 24 апреля 2015 года, № ЛО-38-01-002092 на осуществление медицинской деятельности при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинскому массажу, сестринскому делу, сестринскому делу в косметологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: дерматовенерологии, косметологии, онкологии, пластической хирургии, выданной Министерством здравоохранения Иркутской области (г. Иркутск, ул. Карла Маркса, дом 29, телефон (3952) 280-326) с одной стороны, и **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, именуемый (ая) в дальнейшем **Заказчик**, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

# Предмет договора

* 1. Исполнитель обязуется по желанию Заказчика оказать косметологические услуги в соответствии с перечнем видов медицинской деятельности, сертифицированных и разрешенных лицензией, а также листом согласования медицинской услуги, прилагаемым к настоящему договору.
  2. Согласно настоящему договору Исполнитель обязуется оказать следующие медицинские услуги:
  3. Заказчик обязуется добровольно оплатить Исполнителю оказанные последним услуги.

# Права и обязанности сторон

* 1. **Исполнитель обязуется:**
     1. Провести осмотр Заказчика врачом-косметологом, при необходимости направить на осмотр и консультацию к другим специалистам.
     2. Результаты осмотра, выводы, возможные осложнения оформить в медицинскую карту амбулаторного больного» ф. 025/у и лист согласования, который является неотъемлемой частью настоящего Договора, и донести до сведения Заказчика.
     3. Ознакомить Заказчика с планом и стоимостью лечения, при изменении плана и стоимости лечения проинформировать Заказчика и предоставить дополнительную услугу с его согласия.
     4. Исполнитель гарантирует выполнение всех манипуляций, диагностических и лечебных вмешательств в четком соответствии с требованиями, регламентируемыми МЗ РФ, и объективным состоянием здоровья Заказчика на момент оказания медицинской услуги.
     5. Не разглашать информацию о факте оказания Заказчику соответствующей услуги и состояния его здоровья, за исключением предоставления указанных сведений по запросам государственных органов в установленном порядке.
     6. В случае осложнения я даю согласие на оказание медицинской помощи в том объеме, который определит лечащий врач.

# Заказчик обязуется:

* + 1. Ознакомиться с правилами оказания платных медицинских услуг, правами и обязанностями пациентов (Постановление Правительства РФ от 04.10.2017 №1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»), размещенных на информационном стенде.
    2. Заполнить предложенную анкету для оценки общего состояния здоровья Заказчика, внимательно изучив ее и отметив все имеющиеся отклонения в состоянии своего здоровья.
    3. Четко выполнять требования и рекомендации специалистов.
    4. Немедленно извещать лечащего врача об изменении состояния здоровья в процессе лечения или после его окончания, о принимаемых лекарственных препаратах.
    5. Извещать через администратора о невозможности плановой явки на процедуру не позднее чем за 2 часа до назначенного времени.
    6. Своевременно оплачивать предоставляемые услуги по согласованному плану лечения и действующему прейскуранту на момент оказания медицинской услуги.

# Права сторон:

* + 1. Исполнитель может заменить лечащего врача Заказчика по личной просьбе, по стечению обстоятельств (болезнь, отпуск лечащего врача, психологическая несовместимость) при условии наличия у Исполнителя соответствующего специалиста.
    2. Исполнитель вправе по медицинским показаниям изменять план, объем и стоимость лечения, такие изменения должны быть в разумные сроки согласованы с Заказчиком.

При грубых нарушениях Заказчиком врачебных назначений, некорректном поведении по отношению к персоналу Исполнителя, неоднократных опозданиях на прием, явке Заказчика в состоянии алкогольного и наркотического опьянения и других обстоятельств, которые могут отражаться негативно на качестве проведенного лечения, Исполнитель вправе отказать Заказчику в оказании медицинских услуг до устранения этих обстоятельств.

* + 1. Заказчик имеет право на получение полной и достоверной информации о состоянии своего здоровья, об объеме оказанной помощи, используемых материалах, их действии, побочных проявлениях.
    2. Заказчик имеет право получить ксерокопии всей медицинской документации о состоянии своего здоровья и проведенном лечении.

# Ответственность сторон

* 1. **Исполнитель несет ответственность:**
     1. За качество используемых материалов.
     2. За качество выполнения технологий диагностики, лечения, профилактики, разрешенных на территории РФ.
     3. За соблюдение назначенных сроков исполнения услуги.
     4. В случае наступления осложнений, побочных реакций, ухудшения первоначально достигнутого результата вследствие невыполнения Заказчиком рекомендаций врача, Исполнитель ответственности не несет;
  2. **Заказчик несет ответственность за** достоверность предоставляемой информации, четкое выполнение рекомендаций врача, своевременную оплату предоставленных медицинских услуг.

# Порядок оплаты

* 1. Оплата выполненных услуг (обследование, лечение и др.) проводится согласно действующему прейскуранту на день оказания услуги.

Допускается предварительная оплата (аванс) за курс лечения у специалиста по договоренности сторон. В случае неявки в назначенное время без уведомления Исполнителя не менее, чем за 2 часа, сумму внесенного аванса Заказчику не возвращается.

* 1. Окончательная оплата проводится по завершении оказания услуг с учётом внесенного аванса.
  2. Стоимость оказываемых услуг составляет:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей.

# Порядок разрешения споров

* 1. Все споры и/или разногласия между Исполнителем и Заказчиком, вытекающие из настоящего договора или в связи с ним, разрешаются путем переговоров между сторонами.
  2. В случае невозможности достижения согласия сторон, споры разрешаются в соответствии с действующим законодательством.

# Срок действия договора

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и заканчивается выполнением сторонами обязательств по договору.

# Порядок изменения и расторжения договора.

* 1. Каждая из сторон вправе отказаться от исполнения договора, предварительно уведомив другую сторону и оплатив фактически понесенные затраты.
  2. Настоящий договор может быть изменен по соглашению сторон. Все изменения совершаются в письменной форме и подписываются сторонами.

# Прочие условия

* 1. Исполнитель устанавливает гарантийный срок на качество оказываемых услуг в соответствии с утвержденным администрацией перечнем. Объем и условия гарантии определяются Исполнителем и фиксируются на листе согласования услуги, являющемся неотъемлемой частью настоящего договора.
  2. Настоящий договор составлен в 2х экземплярах: один экземпляр вручается Заказчику, другой храниться у Исполнителя.

# Приложения к Договору

9.1. В качестве неотъемлемой части к настоящему Договору прилагаются:

- Лист согласования косметологической услуги с пациентом к ф. 025/у.

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:** ГАУЗ «ОЦВК»  ИНН 3808002910/КПП38081001  Дата внесения в ЕГРЮЛ 04.01.2003г  МИФНС № 17 по Иркутской области  г. Иркутск, ул. Фурье, 2  Тел.: (3952) 20-13-68, 72-31-41  664007, г. Иркутск, ул. Партизанская, д.1  Тел.: (3952) 29-11-19  E-mail: [201368@ocvk.ru](mailto:201368@ocvk.ru)  Web-сайт: [http://ocvk.ru](http://ocvk.ru/)  Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Д.С. Панченко  М.П. | **Заказчик:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Заказчик получил один экземпляр договора  Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |

# ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

**С ОБЩИМ ПЛАНОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ, НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, ,

фамилия, имя, отчество

находясь на лечении (обследовании) в ГАУЗ «Областной центр врачебной косметологии» ознакомлен(а) моим лечащим врачом\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество

с намеченным мне общим планом обследования и лечения. Лечащим врачом мне лично были разъяснены цель, характер, объем планируемого обследования, а также способы его проведения.

Я ознакомлен(а) с планом предполагаемого медикаментозного лечения и действием лекарственных препаратов, с возможными изменениями медикаментозной терапии в случае непереносимости тех или иных лекарственных препаратов, изменением состояния здоровья, требующего изменения тактики лечения, а также применением лекарственных препаратов и других методов лечения, которые могут быть назначены врачами-консультантами по согласованию с моим лечащим врачом.

Я уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций. Со мной обсуждены последствия отказа от обследования и лечения. Я получил(а) исчерпывающие и понятные мне ответы на вопросы и имел(а) достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное мне обследование и лечение.

Подбор и осуществление медикаментозного и других видов лечения доверяю своему лечащему врачу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество

Сведения о состоянии своего здоровья доверяю

фамилия, имя, отчество

*Даю согласие на обработку в установленном порядке (Федеральный закон от 29.11.2010 г. №326 ФЗ "Об обязательном страховании в Российской Федерации", ст. 20 Основ законодательства Российской Федерации от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных», моих персональных данных, а именно:*

* *фамилия, имя, отчество;*
* *пол;*
* *дата рождения;*
* *адрес места жительства;*
* *телефон;*
* *место работы;*
* *данные паспорта (или иного документа, удостоверяющего личность);*
* *данные полиса ОМС (или ДСМ);*
* *страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС);*
* *сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью;*
* *сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях как с использованием, так и без использования средств автоматизации, сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу в правоохранительные органы и учреждения, определенные законодательством Российской Федерации.*

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

*Данное согласие может быть отозвано мной любыми разрешенными законом способами (ст. 9*

*Федерального закона от 25.07.2011 г. №261-ФЗ «О внесении изменений в ФЗ «О персональных данных»*

Пациент

Ф.И.О., подпись пациента либо его доверенного лица

Дата « » 20 г.

664003, г. Иркутск, ул. Фурье, д. 2 Тел.: (3952) 24-21-05, 72-31-41

664007, г. Иркутск, ул. Партизанская, д. 1 Тел.: (3952) 29-11-19

**Лист согласования косметологической услуги**

**«Инъекции препаратов для интралипотерапии»**

* договору №\_\_\_\_\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

(Лист согласования является неотъемлемой частью договора оказания косметологических услуг) В соответствии с Законодательством РФ об охране здоровья граждан, я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

имею право на информированное и добровольное согласие на лечение, в связи с чем уполномочиваю врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ провести\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Настоящий документ содержит необходимую для меня информацию для того, чтобы я имел(а) возможность ознакомиться с предлагаемым лечением и мог(ла) отказаться от него либо дать согласие на проведение лечения.

Врач поставил мне следующий диагноз\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* указал на необходимость проведения лечения. Отказ от лечения может повлечь за собой прогрессирование процесса либо отсутствие эффекта от других проводимых видов лечения. Я понимаю, что данное лечение является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ понятно объяснил мне суть метода,

предоставил исчерпывающую информацию о показаниях и противопоказаниях. Я предупрежден(а), что после введения препарата могут проявиться реакции, типичные для самой процедуры инъекции: припухлость, покраснение, болезненность при прикосновении, образование гематом в месте введения препарата. Эти реакции обычно самопроизвольно проходят через 1-2 дня после инъекции.

Я обязуюсь выполнять после проведения процедуры следующие рекомендации:

* избегать воздействия высоких температур на область инъекций (горячие компрессы, сауны, бани) в течение 2-3 дней;
* не использовать наружные раздражающие средства;
* использовать компрессионные методы воздействия (ношение белья, эластичные бинты и т.п.) в зоне инъекций Я понимаю необходимость контроля качества лечения в будущем и обязуюсь приходить на контрольные осмотры по графику, оговоренному с врачом и записанному в медицинской карте.

Я информировал(а) врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения, я понимаю, что мне не были даны какие-либо гарантии или заверения.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы.

Я внимательно ознакомился с настоящим Приложением и понимаю, что оно является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

|  |  |
| --- | --- |
| **Врач** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Пациент**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
| 664003 г. Иркутск, ул. Фурье, 2 | 664007 г. Иркутск, ул. Партизанская, 1 |
| Tел.: (3952)24-21-05; | Tел.: (3952)29-11-19 |
|  | www.ocvk.ru |
|  | E-mail: 201368@ocvk.ru |