



## ПОЛОЖЕНИЕ об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты в ООО «Здоровье»

### I. Общие положения.

1.1 . Настоящие Положение определяет порядок и условия оказания платных медицинских услуг в ООО «Здоровье» (далее Медицинский центр). Настоящее положение основано на нормах действующего законодательства Российской Федерации и содержит сведения об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты в ООО «Здоровье».

1.2. В положении используются следующие основные понятия:

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

**«потребитель»** - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

**«заказчик»** - физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;

**«исполнитель»** - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги потребителям. Понятие «медицинская организация» употребляется в настоящем Положении в значении, определенном в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В настоящем положении исполнитель – ООО «Здоровье».

1.3. Оказание платных медицинских услуг в ООО «Здоровье» осуществляется на основании перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности ЛО-52-01-004639 от 20 января 2015г., выданной Министерством Здравоохранения Нижегородской области, бессрочно.

1.4. Платные медицинские услуги предоставляются Медицинским центром по адресу места осуществления деятельности: 606760, Нижегородская обл., п.Сокольское, ул. Калинина д.15, П-3;

1.5. Требования к платным медицинским услугам, в том числе к их объему и срокам оказания, определяются по соглашению сторон договором, если федеральными законами, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации не предусмотрены другие требования.

1.6. Настоящие Положение в наглядной и доступной форме доводятся исполнителем до сведения потребителя (заказчика). Положение размещено на информационных стендах и сайте Медицинского центра [eco-med-clinic.wixsite.com/zdorovye](http://eco-med-clinic.wixsite.com/zdorovye)

### II. Условия и порядок предоставления платных медицинских услуг.

2.1 На информационных стендах и сайте Медицинского центра [eco-med-clinic.wixsite.com/zdorovye](http://eco-med-clinic.wixsite.com/zdorovye) Потребителю (заказчику) предоставляется информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2.2 Медицинским центром оказывается Первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника, а также услуги по проведению медицинских осмотров и медицинских экспертиз (согласно с перечнем работ указанных в лицензии).

2.3 Медицинские услуги оказываются в форме плановой медицинской помощи (медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской

помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью)

2.4 При внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента оказывается экстренная медицинская помощь, согласно ФЗ № 323 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании не допускается.

2.5 При предоставлении платных медицинских услуг должны соблюдаться порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.6 Платные медицинские услуги предоставляются в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.7 Платные медицинские услуги предоставляются в рамках договоров с гражданами или организациями на оказание медицинских услуг работникам и членам их семей, которыми (договорами) регламентируются условия и сроки получения медицинской помощи, порядок расчетов, права, обязанности и ответственность сторон.

2.8 Цены на предоставляемые платные медицинские услуги исполнитель устанавливает самостоятельно. Прейскурант на платные медицинские услуги, оказываемые в организации, утверждается директором ООО «Здоровье».

2.6. Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.

2.7. В случае если федеральным законом, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг, качество предоставляемых платных медицинских услуг должно соответствовать этим требованиям.

2.8. Для организации приема необходимо иметь при себе:

- Пациентам старше 18 лет - паспорт;
- Пациентам до 14 лет - паспорт родителя, куда вписан ребенок. Если ребенок не вписан в паспорт, то свидетельство о рождении ребенка. Если ребенка сопровождает не законный представитель, то должна быть оформлена доверенность на представительство интересов ребенка с указанием паспортных данных законного представителя и доверенного лица;
- Пациентам с 14 до 18 лет необходимо иметь при себе паспорт и согласие законного представителя. В согласии необходимо указать: паспортные данные законного представителя, данные несовершеннолетнего в возрасте от 14 до 18 лет, информацию о том, что законный представитель осознает свою дополнительную ответственность по обязательствам лица в возрасте от 14 до 18 лет, возникшим на основе совершенных им сделок.

2.9. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан. Информационное добровольное согласие оформляется в письменном виде. Информированное добровольное согласие подписывается гражданином, одним из родителей или иным законным представителем лица. Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается в случаях, предусмотренных ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.10. Исполнитель предоставляет потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

2.11. Сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается в случаях, установленных ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и действующим законодательством.

2.12. При оказании платных медицинских услуг ООО «Здоровье» соблюдает установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации

и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

2.13. Потребитель (заказчик), пользующийся платными медицинскими услугами, должен:

- ознакомиться с уведомлением о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя;

- ознакомиться со стоимостью оказываемых услуг;
- ознакомиться со стоимостью оказываемых услуг;
- заключить договор с исполнителем об оказании платных медицинских услуг;
- оформить информационное добровольное согласие на каждый вид медицинского вмешательства;
- сообщить лечащему врачу сведения о своем здоровье, о перенесенных и сопутствующих заболеваниях, аллергических реакциях и других сведениях о своем здоровье;
- оплатить по прейскуранту предоставляемые медицинские услуги;
- выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление платной медицинской услуги, включая сообщение исполнителю необходимых для этого сведений.

2.14. Исполнитель имеет право предоставлять платные медицинские услуги по желанию пациента анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

2.15. Медицинский центр вправе отказать пациенту в предоставлении медицинских услуг, в отсутствии ситуации угрожающей жизни и здоровью пациента, в случаях:

- пациент отказывается от оформления Договора и/или информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство;
- пациент находится в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения и/или нарушает общественное спокойствие в помещениях Исполнителя;
- пациент находится в состоянии повышенной возбудимости, которая может негативно сказаться на безопасности персонала Исполнителя или других Пациентов;
- отсутствует возможность оказания услуг Пациенту, вследствие наступления обстоятельств, не зависящих от Исполнителя и имеющих чрезвычайный характер (болезнь врача, отключение электроэнергии, выход из строя оборудования и пр.);

2.16. Режим работы ООО «Здоровье» и график работы медицинских работников определяется правилами внутреннего распорядка и утверждается директором ООО «Здоровье». Располагается на информационных стендах и на сайте [eco-med-clinic.wixsite.com/zdorovye](http://eco-med-clinic.wixsite.com/zdorovye)

2.17. Фото- и видеосъемка Пациентами и лицами их сопровождающими в помещениях организации осуществляется с разрешения администрации ООО «Здоровье».

2.18. Медицинским центром осуществляться фото- и видеосъемка в целях обеспечения контроля качества и безопасности медицинской деятельности, а также в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг. Сведения о гражданах полученные при фото/видеосъемке составляют врачебную тайну, соблюдение которой обеспечивается в соответствии с требованиями законодательства. При осуществлении медицинской организацией фото/видеосъемки обеспечивается соблюдение законодательства об охране здоровья граждан; законодательства о персональных данных; законодательства об информации, информационных технологиях и о защите информации.

### **III. Информация об исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах.**

3.1. На сайте ООО «Здоровье» [eco-med-clinic.wixsite.com/zdorovye](http://eco-med-clinic.wixsite.com/zdorovye), а также на информационных стендах медицинского центра размещена информация, содержащая следующие сведения:

- наименование и фирменное наименование медицинской организации;
- адрес места нахождения юридического лица, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;
- сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности (номер и дата регистрации, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа);
- перечень платных медицинских услуг с указанием цен в рублях;
- сведения об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты (настоящее положение);
- порядок и условия предоставления медицинской помощи в соответствии с программой и территориальной программой;

- сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;

- режим работы медицинской организации, график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;

- адреса и телефоны органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

3.2 Информационные стенды (стойки) располагаются в доступном для посетителей месте и оформлены так, чтобы можно было свободно ознакомиться с размещенной на них информацией.

3.3. По требованию потребителя и (или) заказчика Медицинский центр предоставляет для ознакомления:

- копию учредительного документа медицинской организации - юридического лица, положение о ее филиале (отделении, другом территориально обособленном структурном подразделении), участвующем в предоставлении платных медицинских услуг (у администрации Медицинского центра);

- копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией (на сайте Медицинского центра, у администрации Медицинского центра);

- порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг (на сайте Медицинского центра, у администрации Медицинского центра);

- информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации) (на сайте Медицинского центра, у администрации Медицинского центра);

- информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

- другие сведения, относящиеся к предмету договора.

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

4.1. До заключения договора исполнитель в письменной форме уведомляет потребителя (заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя;

4.2 Договор на оказание платных медицинских услуг заключается в письменной форме, в 3-х экземплярах, один из которых находится у исполнителя (организации), второй - у заказчика, третий - у потребителя. (Приложение №1) В случае если договор заключается потребителем и исполнителем (организацией), он составляется в 2-х экземплярах.

4.3 Договор содержит следующие сведения:

а) сведения об исполнителе:

- наименование Медицинского центра, адрес места нахождения, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;

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

б) фамилию, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон потребителя (законного представителя потребителя);

- фамилию, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон заказчика - физического лица;

- наименование и адрес места нахождения заказчика - юридического лица;

- в) перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором;
- г) стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты;
- д) условия и сроки предоставления платных медицинских услуг;
- е) должность, фамилию, имя, отчество (если имеется) лица, заключающего договор от имени исполнителя, и его подпись, фамилию, имя, отчество (если имеется) потребителя (заказчика) и его подпись. В случае если заказчик является юридическим лицом, указывается должность лица, заключающего договор от имени заказчика;
- ж) ответственность сторон за невыполнение условий договора;
- з) порядок изменения и расторжения договора;
- и) иные условия, определяемые по соглашению сторон.

4.4. На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета (план лечения). Ее составление по требованию потребителя (заказчика) или исполнителя (Медицинского центра) является обязательным, при этом она является неотъемлемой частью договора.

4.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, исполнитель обязан предупредить об этом потребителя (заказчика).

4.6. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

4.7. В случае отказа потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель (Медицинский центр) информирует потребителя (заказчика) о расторжении договора по инициативе потребителя, при этом потребитель (заказчик) оплачивает исполнителю (Медицинскому центру) фактически за понесенные исполнителем (Медицинским центром) расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

4.8. Потребитель (заказчик) обязан оплатить предоставленную исполнителем медицинскую услугу в сроки и в порядке, которые определены договором. Потребитель оплачивает медицинские услуги в соответствии с ценами, указанными в прейскуранте, действующем на момент оказания услуги. Оплата за медицинские услуги производится потребителем (заказчиком) путем внесения наличных денежных средств через кассу организации, или путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет организации.

4.9. Потребителю (заказчику) в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, акт выполненных работ (документ установленного образца)).

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

4.11. В медицинском центре возможно оказание медицинских услуг по полисам ДМС в рамках программ Добровольного медицинского страхования за счет средств страховых компаний. Медицинскую услугу, оплата которой не предусмотрена программой Добровольного медицинского страхования, пациент по предварительному согласованию обязан оплатить её в соответствии с условиями договора на оказание медицинских услуг.

4.12. Медицинский центр имеет право устанавливать систему скидок и проводить акции. Порядок, условия и размеры предоставляемых скидок, условия проводимых акций устанавливаются и регулируются Директором Медицинского центра.

## **V. Особенности предоставления платных медицинских услуг несовершеннолетним.**

5.1. Договор на оказание платных медицинских услуг несовершеннолетнему заключается между заказчиком и исполнителем в пользу потребителя. При этом (ст. 779 ГК РФ; п. п. 2, 18 Правил, утв. Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 N 1006):

- потребителем является несовершеннолетний, имеющий намерение получить либо получающий платные медицинские услуги лично в соответствии с договором;
- заказчиком является родитель или законный представитель несовершеннолетнего в возрасте до 14 лет или сам несовершеннолетний после достижения возраста 14 лет, заказывающий либо имеющий намерение заказать платные медицинские услуги;

- исполнителем является медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги потребителям.

5.2. Сделки от имени несовершеннолетних Пациентов, не достигших 14 лет, могут заключать только их законные представители (родитель, усыновитель, опекун).

5.3. Для заключения договора необходимо, чтобы законный представитель несовершеннолетнего дал информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

5.4. Законный представитель несовершеннолетнего также вправе получать от лечащего врача информацию о состоянии здоровья несовершеннолетнего.

5.5. Несовершеннолетние в возрасте от 14 до 18 лет могут самостоятельно заключать договоры, то есть выступать заказчиками услуг, с письменного согласия своих законных представителей (родителей, усыновителей или попечителя). Письменное согласие может быть получено уже после оказания организацией медицинских услуг (п. 1 ст. 26 ГК РФ).

Таким образом, сторонами договора на оказание платных медицинских услуг являются исполнитель — медицинская организация и заказчик — несовершеннолетний в возрасте от 14 до 18 лет. При этом договор заключается несовершеннолетним с согласия его законного представителя.

5.6. В согласии необходимо указать:

- паспортные данные законного представителя;
- данные несовершеннолетнего в возрасте от 14 до 18 лет;
- информацию о том, что законный представитель осознает свою дополнительную ответственность по обязательствам лица в возрасте от 14 до 18 лет, возникшим на основе совершенных им сделок.

5.7. Законный представитель несовершеннолетнего в возрасте от 14 до 15 лет также дает информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и получает информацию о состоянии здоровья лица, которому оказываются услуги.

5.8. Несовершеннолетний старше 15 лет (для больных наркоманией — старше 16 лет) вправе самостоятельно давать согласие на медицинское вмешательство, получать информацию о состоянии своего здоровья и сохранять эту информацию в тайне.

5.9. Если несовершеннолетний старше 15 лет в информированном добровольном согласии не указал перечень лиц, которым информация о состоянии его здоровья может быть предоставлена, то даже законный представитель не вправе получать такую информацию (ч. 3 ст. 13, ч. 2 ст. 22 Закона N 323-ФЗ).

5.10. Право на предоставление согласия на обработку персональных данных возникает у несовершеннолетнего также с 15-летнего возраста.

5.11. Пациенты, не достигшие 15-летнего возраста (для больных наркоманией — старше 16 лет) принимаются только в сопровождении своих законных представителей (родителей, усыновителей, опекунов). В случае если ребенка сопровождают другие взрослые, то на них должна быть оформлена Доверенность установленного образца (Приложение №2). Доверенность может быть заверена администратором ООО «Здоровье». Пациенты, представители которых не имеют оформленной доверенности, на прием не допускаются.

## **VI. Особенности предоставления платных медицинских услуг недееспособным пациентам.**

6.1. От имени гражданина, признанного судом недееспособным, сделки совершает его опекун, в связи с этим сторонами договора на оказание платных услуг является медицинская организация и Заказчик – опекун недееспособного Пациента.

6.2. Плательщиком по договору выступает опекун недееспособного Пациента, однако сами медицинские услуги оказываются непосредственно недееспособному Пациенту.

6.3. Необходимым условием оказания Медицинских услуг недееспособному Пациенту, является дача опекуном такого Пациента информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство по форме, утвержденной Медицинской организацией.

6.4. Согласие на обработку/передачу данных, отнесенных действующим законодательством к персональным данным и/или врачебной тайне, по форме, утвержденной Медицинской организацией, необходимое для выполнения договора на оказание медицинских услуг недееспособному Пациенту, дает опекун такого Пациента.

6.5. Опекун вправе получить информацию о состоянии здоровья недееспособного Пациента.

## **VII. Порядок направления пациента на госпитализацию и отказ от госпитализации.**

7.1. При наличии заболевания (состояния), требующего оказания медицинской помощи в стационарных условиях, врач направляет Пациента в медицинскую организацию по месту жительства, для того, чтобы

участковый врач оформил направление на госпитализацию в стационар, об этом врач вносит соответствующую запись в амбулаторную карту с указанием перечня рекомендуемых лабораторных и инструментальных методов исследований. Также, при необходимости оказания медицинской помощи в стационарных условиях, врач может оформить направление с указанием клинического диагноза, по форме N 057/у-04, установленной приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 ноября 2004 года № 255 (Приложение №3);

7.2 В случае необходимости оказания неотложной медицинской помощи, с учетом состояния пациента и необходимости получения им специализированной медицинской помощи, врач вызывает скорую помощь;

7.3. Врач информирует Пациента (законного представителя) о состоянии его (пациента) здоровья и необходимости получения специализированной медицинской помощи;

7.4. Врач вносит в медицинскую карту пациента запись о необходимости обращения в медицинскую организацию по месту жительства для оформления направления на госпитализацию, о выдаче направления на госпитализацию, либо о вызове скорой помощи, с которой Пациент (законный представитель) знакомится под роспись;

7.5 В случае отказа Пациента (законного представителя) от госпитализации, Пациент (законный представитель) оформляет Отказ от госпитализации по утвержденной форме. Врач вводит соответствующую запись в медицинской карте.

### **VIII. Ответственность исполнителя и контроль за предоставлением платных медицинских услуг**

8.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации исполнитель (Медицинский центр) несет ответственность перед потребителем (заказчиком) за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни потребителя.

8.2. Потребители, пользующиеся платными медицинскими услугами, вправе предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни в соответствии с законодательством РФ.

8.3. Потребитель (заказчик) имеет право при обнаружении недостатков оказанной платной медицинской услуги, других отступлений от условий договора требовать от медицинской организации по своему выбору:

- безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги в разумный срок, назначенный заказчиком;
- соответственного уменьшения цены оказанной услуги;
- безвозмездного повторного оказания услуги;
- возмещения понесенных заказчиком расходов по устранению недостатков оказанной услуги своими средствами или третьими лицами.

Требования, предусмотренные настоящим пунктом, могут быть предъявлены, если это не противоречит особенностям предмета договора, а наличие недостатков подтверждено результатами независимой медицинской экспертизы или решением суда.

8.4. Исполнитель (Медицинский центр) освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом и пунктом 2.15 настоящего договора.

8.5. Исполнитель (Медицинский центр) ведет статистический и бухгалтерский учет результатов оказанных платных медицинских услуг, составляет требуемую отчетность и предоставляет ее в порядке и сроки, установленные законами и иными правовыми актами Российской Федерации.

8.6. Контроль за организацией и качеством оказания платных медицинских услуг, за соблюдение правил предоставления платных медицинских услуг осуществляет Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в рамках установленных полномочий, и другие государственные органы и организации, на которые возложены полномочия по проверке деятельности медицинских организаций в соответствии с законами и иными правовыми актами Российской Федерации.

8.7. Взаимоотношения между Медицинским центром и государственными органами регулируются отраслевыми нормативными актами и действующим законодательством РФ.

8.8. Ответственность за организацию платных медицинских услуг в организации, обеспечение контроля за качеством их выполнения, выполнение закона РФ от 07.02.1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей», правильность и достоверность учета деятельности по оказанию платных медицинских услуг возлагается на директора ООО «Здоровье» Сухарева А.В. и главного врача ООО «Здоровье» Шарапову Е.В.

**Доверенность**

г. Городец \_\_\_\_\_

(число, месяц, год)

Я, гр. \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. законного представителя полностью, дата рождения)

паспорт \_\_\_\_\_,

выданный \_\_\_\_\_

проживающий(ая) по адресу:

\_\_\_\_\_

(почтовый индекс и адрес полностью)

действую за моего несовершеннолетнего ребенка \_\_\_\_\_,

(Ф.И.О.

ребенка полностью, дата рождения)

настоящей доверенностью уполномочиваю гр. \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью, дата рождения, степень родства)

паспорт \_\_\_\_\_,

выданный \_\_\_\_\_

проживающий (ая) по адресу:

\_\_\_\_\_

(почтовый индекс и адрес полностью)

представлять интересы моего несовершеннолетнего ребенка по всем вопросам, связанным с медицинским вмешательством в ООО «Здоровье», зарегистрированному по адресу: 606676 Нижегородская область, Сокольский район, д. Дресвищи, ул. Парковая, д.б, а также его филиалах по всем адресам осуществления медицинской деятельности в соответствии с лицензией, для чего доверяю: заключать договор на оказание платных медицинских услуг, оплачивать оказанные моему несовершеннолетнему ребенку медицинские услуги, удостоверять своей подписью и давать письменные согласия на медицинские манипуляции (медицинские вмешательства), выполняемые несовершеннолетнему ребенку, и письменные отказы от проведения медицинских вмешательств в отношении моего несовершеннолетнего ребенка, представлять полную информацию, касающуюся здоровья ребенка (аллергические реакции, индивидуальные особенности организма, хронические патологии, иные сведения, имеющие значение для правильного лечения), подписывать все необходимые документы, заявления, согласия, представлять интересы моего несовершеннолетнего ребенка по всем вопросам, связанным с медицинским вмешательством, а также совершать иные законные действия и формальности, связанные с выполнением поручения.

**Доверенность выдана сроком на 1 (один) год без права передоверия.**

Действующий (ая) за своего ребенка:

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. ребенка полностью)

Подпись родителя \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. полностью)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / (подпись)

личность представляемого (законного представителя несовершеннолетнего ребенка) удостоверена мной, администратором \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. полностью)(дата)

действующей на основании доверенности № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_.

Подпись администратора (ФИО и подпись) \_\_\_\_\_





### ОТКАЗ ОТ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу:

\_\_\_\_\_ (адрес места жительства гражданина / законного представителя)

являюсь законным представителем несовершеннолетнего (недееспособного, ограниченно дееспособного лица):

\_\_\_\_\_ (ФИО несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лиц)

на основании \_\_\_\_\_

*степень родства и/или документ, подтверждающий опеку/попечительство/усыновление/удочерение пациента;  
реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя пациента)*

отказываюсь от предложенной мне (представляемому мной лицу) госпитализации в

\_\_\_\_\_ (наименование учреждения здравоохранения).

Мне, согласно моей воле, в доступной для меня форме, даны полные и всесторонние сведения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (заболевания представляемого мной лица), включая данные о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения. Мне подробно, в доступной для меня форме разъяснены возможные последствия моего отказа от предложенной госпитализации. Я осознаю, что отказ от госпитализации может отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (на состоянии здоровья представляемого мной лица) и даже привести к неблагоприятному (летальному) исходу. О своем заболевании (заболевании представляемого мной лица) и возможных осложнениях его течения информирован(а), рекомендации по лечению получил(а).

Я \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина/законного представителя)  
(законный представитель пациента \_\_\_\_\_),

не буду иметь каких-либо претензий к ООО «Здоровье» в случае развития негативных последствий вследствие моего решения.

Гражданин/законный представитель: \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Врач: \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Дата оформления: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

**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**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф. И. О. гражданина)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,  
(адрес места жительства гражданина либо 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. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее — Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в

\_\_\_\_\_  
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф. И. О. 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» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, 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),

\_\_\_\_\_  
(Ф. И. О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф. И. О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф. И. О. медицинского работника)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

**Отказ от 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**

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф. И. О. гражданина)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный

по адресу: \_\_\_\_\_,  
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в

\_\_\_\_\_ (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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее — виды медицинских вмешательств):

\_\_\_\_\_ (наименование вида медицинского вмешательства)

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

Медицинским работником

\_\_\_\_\_ (должность, Ф. И. О. 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). 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 вид (такие виды) медицинского вмешательства.

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф. И. О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф. И. О. медицинского работника)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)