

ФОРМА ДОГОВОРА

УВЕДОМЛЕНИЕ (до заключения договора возмездного оказания услуг)

ООО "ШАНС М" (далее - Исполнитель), в соответствии с **пунктом 17** Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 30.05.2026 № 659) уведомляет Пациента (законного представителя Пациента)/Заказчика о том, что:

- Несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя. Граждане, находящиеся на лечении должны соблюдать режим лечения и правила поведения пациента в медицинской организации.
- У Пациента/Заказчика имеется возможность 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.

Исполнитель в момент обращения Пациента/Заказчика не является участником данных программ.

С уведомлением ознакомлен, экземпляр на руки получил до заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

Дата

" " _____ 20 ____ г.

(подпись)

Пациент/Заказчик

(ФИО Пациента/законного представителя)

Договор № <НОМЕР>

на оказание платных медицинских услуг

г. Москва

<ДАТА> г.

Общество с ограниченной ответственностью «ШАНС М» (ИНН 7708351383), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Генерального директора Ципис Розы Григорьевны, действующего на основании Устава и внесения записи в ЕГРЮЛ (ОГРН 1197746344400), с одной стороны и

ВАРИАНТ 1

гр. «Пациент» ФИО _____

дата рождения _____, паспорт _____
(серия, номер, дата выдачи, кем выдан, код подразделения)

адрес регистрации _____,
далее именуемый(ая) «Пациент», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

ВАРИАНТ 2

гр. «Заказчик» ФИО _____

дата рождения _____, паспорт _____
(серия, номер, дата выдачи, кем выдан, код подразделения)

адрес регистрации _____,
далее именуемый(ая) «Заказчик», действующий в качестве законного представителя несовершеннолетнего «Пациента» — **ФИО** _____

дата рождения _____, свидетельство о рождении _____
(серия, номер, дата выдачи, кем выдан)

адрес регистрации _____,
на основании _____

(документ-основание: свидетельство о рождении, свидетельство об усыновлении, решение органов опеки и попечительства, нотариально заверенная доверенность (серия, номер, дата выдачи, кем выдан))

с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора

ФОРМА ДОГОВОРА

1.1. В соответствии с настоящим Договором Исполнитель в период времени, согласованный сторонами, обязуется оказать медицинские услуги, а Пациент/Заказчик обязуется оплатить эти услуги.

1.2. Исполнитель оказывает услуги в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности:

- № лицензии Л041-01137-77/00154399 от 05.05.2022, выдана Департамент здравоохранения города Москвы (приказ №538-Л от 05.05.2022 г.)

- срок действия лицензии: бессрочно

- адрес места осуществления медицинской деятельности: 125167, Город Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Аэропорт, проезд Старый Петровско-Разумовский, д. 10, помещ. 1/1

- перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность: медицинский массаж; сестринское дело; сестринское дело в косметологии; педиатрия; терапия; детская кардиология; детская хирургия; детская эндокринология; кардиология; косметология; мануальная терапия; неврология; остеопатия; ультразвуковая диагностика; эндокринология.

1.3. Услуги по настоящему Договору могут оказываться как при очном приёме, так и дистанционно (с применением телемедицинских технологий) по выбору Пациента (Заказчика), если иное не предусмотрено законодательством Российской Федерации или особенностями конкретной медицинской услуги.

Дистанционное оказание услуг осуществляется в порядке, установленном Разделом 10 настоящего Договора, Приложением № 6 и Приложением № 7 к настоящему Договору, а также в соответствии с внутренними регламентами Исполнителя и требованиями Приказа Минздрава России от 11.04.2025 № 193н.

1.4. Процесс предоставления медицинских услуг осуществляется медицинским персоналом и специалистами Исполнителя, в соответствии с действующими стандартами оказания медицинской помощи на территории РФ.

1.5. Перед подписанием настоящего Договора Пациент (Заказчик) ознакомлен с прейскурантом цен на платные медицинские услуги, оказываемые Исполнителем, положением Исполнителя о порядке предоставления платных медицинских услуг, режимом работы Исполнителя, основными свойствами оказываемых Пациенту медицинских услуг, противопоказаниями при отдельных видах заболеваний и иной дополнительной информацией, касающейся особенностей предоставляемых Пациенту медицинских услуг и условий их предоставления, в доступной для Пациента (Заказчика) форме, устной и путем оформления Приложений к настоящему Договору, являющихся его неотъемлемой частью.

1.6. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Пациента (Заказчика) на медицинское вмешательство (Приложение №2), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

1.7. Перед подписанием настоящего Договора Пациент (Заказчик) информирован и подтверждает свое согласие на присутствие другого медицинского персонала в ходе оказания ему медицинских услуг.

1.8. Стоимость медицинских услуг по настоящему Договору определяется на основании **сметы** (Приложение № 1), составленной в порядке, предусмотренном разделом 6 настоящего Договора. Смета может быть твердой или приблизительной.

1.9. Перечень, объём, стоимость и сроки оказания медицинских услуг указываются в **смете** (Приложение № 1), а фактические результаты и перечень фактически оказанных услуг фиксируются в **акте об оказании платных медицинских услуг** (Приложение № 4).

1.10. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг возникает необходимость в оказании дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим Договором и приложениями к нему (в том числе сметой), Исполнитель обязан уведомить об этом Пациента (Заказчика) до их оказания.

1.11. Дополнительные медицинские услуги оказываются только после получения **согласия** Пациента (Заказчика) на их оказание на возмездной основе. Согласие может быть выражено в письменной форме либо путем совершения действий, подтверждающих волю Пациента (Заказчика) (в том числе оплата, подписание акта и т.п.).

1.12. Стоимость дополнительных услуг определяется на основании:

- сметы (с учетом ее типа — твердая или приблизительная) в порядке, предусмотренном разделом 6 настоящего Договора; или
- прейскуранта Исполнителя, действующего на момент оказания услуг, если иное не предусмотрено сметой.

1.13. В случае отказа Пациента (Заказчика) от дополнительных услуг Исполнитель продолжает оказание услуг по Договору в ранее согласованном объеме, если такой отказ не препятствует их оказанию.

1.14. Исполнитель информирует Пациента (Заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее

ФОРМА ДОГОВОРА

завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента. Пациент (Заказчик) подтверждает ознакомление с настоящим уведомлением и обязуется соблюдать все назначения и рекомендации медицинского персонала.

2. Права и обязанности Пациента (Заказчика)

2.1. Пациент (Заказчик) имеет право:

2.1.1. Требовать от Исполнителя выполнения надлежащего качества предоставляемых платных медицинских услуг.

2.1.2. Выбрать день и время явки на прием в соответствии с графиком работы Исполнителя и с учетом занятости времени персонала Исполнителя другими Пациентами.

2.1.3. Требовать от Исполнителя предъявления копий учредительных документов организации, лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя, прейскурант на медицинские услуги, сведений о профессиональной подготовке и квалификации медицинского персонала.

2.1.4. Требовать предоставления в доступной для Пациента (Заказчика) форме информации 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.

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

2.1.6. Дать полный либо частичный отказ от одного или нескольких видов медицинских вмешательств в письменной форме в порядке, установленном ст. 20 Федерального закона РФ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Приложение № 3).

2.1.7. Обратиться к руководству Исполнителя с предложениями, жалобами, в том числе в случае претензий по объему и качеству оказанных медицинских услуг.

2.1.8. Перенести дату и время оказания медицинских услуг, согласованную с Исполнителем, заблаговременно предупредив об этом Исполнителя и согласовав с ним новый срок оказания услуг.

2.1.9. Отказаться от дальнейшего исполнения договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных расходов.

2.1.10. Получить копию медицинской документации и документации, необходимой для получения налогового вычета в соответствии с частью 3 пункта 1 статьи 219 Налогового кодекса РФ.

2.1.11. Согласиться или не согласиться с предложенными Исполнителем методами диагностики и лечения.

2.1.12. Принимать участие в проводимых Исполнителем рекламных акциях.

2.2. Пациент (Заказчик) обязан:

2.2.1. Дать информированное добровольное согласие (Приложение № 2) в письменной форме на проведение платных медицинских услуг в порядке, установленном ст. 20 Федерального закона РФ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" или дать полный, или частичный отказ от медицинских услуг.

2.2.2. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление платных медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, о проведенных ранее обследованиях и лечении, об аллергических реакциях, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем услуг.

2.2.3. Соблюдать все назначения и рекомендации медицинского персонала Исполнителя по подготовке к диагностическим исследованиям, а также неукоснительно соблюдать все назначения и рекомендации медицинского персонала Исполнителя по достижению и сохранению результатов лечения.

2.2.4. Оплатить Исполнителю стоимость заказанных медицинских услуг в порядке, предусмотренном настоящим Договором.

2.2.5. При посещении специалиста по предварительной записи прибыть на прием заблаговременно. В случае невозможности посетить специалиста в ранее согласованное время заблаговременно предупредить об этом Исполнителя по телефонам: <ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕЛЕФОН>.

2.2.6. Немедленно извещать Исполнителя обо всех осложнениях, возникших во время и после оказания медицинских услуг.

2.2.7. Соблюдать правила поведения пациентов в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения.

2.2.8. По окончании лечения, при отсутствии замечаний по оказанным медицинским услугам, подписать акт об оказанных платных медицинских услугах (Приложение № 4). В случае одностороннего отказа от подписания акта, и не предоставления мотивированного отказа в течение 5 рабочих дней с момента предоставления акта, оказанные услуги считаются выполненными в полном объеме, в срок, без каких-либо замечаний.

3. Права и обязанности Исполнителя

ФОРМА ДОГОВОРА

3.1. Исполнитель имеет право:

3.1.1. Самостоятельно определять объем исследований и необходимых действий, направленных на установление верного диагноза и оказания медицинских услуг.

3.1.2. По своему усмотрению изменять прейскурант услуг. Прейскурант является официальным документом Исполнителя, содержит полный перечень услуг, оказание которых возможно в рамках настоящего Договора.

3.1.3. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для проведения медицинской услуги, Исполнитель вправе назначить другого врача. Исполнитель вправе отсрочить выполнение услуг на более поздний срок с уведомлением Пациента.

3.1.4. При изменении клинической ситуации с согласия Пациента (Заказчика) вносить корректировку в перечень услуг, предусмотренных сметой (Приложение № 1), и (или) сроки их оказания.

3.1.5. Отказать в предоставлении медицинских услуг в случаях:

3.1.5.1. Когда оказание таких услуг не предусмотрено Прейскурантом Исполнителя, либо, когда исследование, включенное в Прейскурант, временно не производится.

3.1.5.2. При выявлении у Пациента заболевания, лечение которого возможно лишь в специализированных медицинских учреждениях.

3.1.5.3. При выявлении противопоказаний к оказываемым услугам отказать Пациенту в проведении лечебно-диагностических процедур.

3.1.5.4. Если медицинское вмешательство, по мнению врача, сопряжено с неоправданным риском причинения вреда здоровью или угрожает его жизни.

3.1.5.5. При появлении Пациента в алкогольном, наркотическом или токсическом опьянении, либо совершения им действий, угрожающих жизни и здоровью персонала.

3.1.6. В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем манипуляций, исследований, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных настоящим Договором.

3.1.7. Самостоятельно привлекать третьих лиц (специалистов) соответствующего профиля и квалификации к исполнению своих обязательств по данному Договору.

3.1.8. Использовать по своему усмотрению любые разрешенные на территории РФ методы и средства, позволяющие выполнить необходимые исследования, при этом количество и формулировка результатов исследований может не совпадать с наименованием соответствующих исследований в других источниках (прейскурант, интернет-сайт и др.) в связи со спецификой или технологией их исполнения.

3.2. Исполнитель обязан:

3.2.1. По требованию Пациента (Заказчика) предоставлять для ознакомления копии учредительных документов организации, лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность.

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

3.2.3. Получить от Пациента (Заказчика) информированное добровольное согласие на проведение платных медицинских услуг перед подписанием настоящего Договора (Приложение № 2).

3.2.4. Информировать Пациента (Заказчика) о стоимости оказания предполагаемых медицинских услуг путем ознакомления с действующим прейскурантом.

3.2.5. Оказывать Пациенту истребованные им медицинские услуги в соответствии со стандартами качества медицинских услуг.

3.2.6. Предложить Пациенту самый безопасный и оптимальный метод обследования и лечения с минимальным среднестатистическим риском.

3.2.7. Обеспечивать своевременное и качественное информирование Пациента (Заказчика), а также предоставление Пациенту медицинских услуг с соблюдением всех требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ.

3.2.8. Своевременно осуществлять прием Пациентов, в том числе в заранее согласованные с Пациентом часы, в рамках предварительной записи (при условии явки Пациента на прием).

3.2.9. По желанию Пациента (Заказчика) предоставлять бесплатную, доступную информацию о режиме работы Исполнителя, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, сведения о квалификации и сертификации специалистов.

3.2.10. При невозможности выполнения своих обязательств по срокам предоставления результата исследований в случае наличия технической возможности уведомить Пациента

ФОРМА ДОГОВОРА

(Заказчика) по контактными данным (телефон, электронный адрес) за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ, когда предоставление результатов исследований возможно только при предоставлении документа, удостоверяющего личность самого Пациента или законного представителя Пациента и по выбору Пациента (Заказчика) перенести выполнение исследований на более поздний срок, либо возратить Пациенту (Заказчику) сумму, уплаченную за услуги, оказание которых в срок не представилось возможным без каких-либо штрафных санкций.

3.2.11. Информировать Пациента (Заказчика) о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения, ознакомить с рекомендованным перечнем лечебно-диагностических мероприятий.

3.2.12. Хранить врачебную тайну Пациента (Заказчика) и не разглашать без согласия Пациента (Заказчика) сведения о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии здоровья Пациента, диагнозе его заболевания или иных сведений, полученных при его обследовании и лечении за исключением случаев, когда в соответствии с законодательством Российской Федерации допускается предоставление сведений, составляющих врачебную тайну без согласия гражданина.

3.2.13. При оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

3.2.14. Исполнитель предоставляет Пациенту (Заказчику) в день завершения оказания медицинских услуг и в доступной для него форме:

- выписку из медицинских документов, отражающую состояние его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними рисках, 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. Выписка выдается бесплатно.

4. Качество услуг

4.1. При оказании всех медицинских услуг Исполнитель обязуется действовать добросовестно, заботливо и осмотрительно.

4.2. Медицинская услуга считается оказанной качественно, если в совокупности: оказана своевременно, при правильном выборе методов диагностики, лечения, профилактики, а также при отсутствии дефектов оказания медицинской помощи.

4.3. Осложнения, наступившие после оказания медицинской услуги, в случае грубого несоблюдения (нарушения) Пациентом рекомендаций, данных врачом-специалистом (режим, прием необходимых препаратов и т.д.) не являются показателем плохого качества услуги и основанием для претензий к Исполнителю.

4.4. Возможные дискомфорт, вызванные спецификой медицинских методик, являясь нормальной реакцией организма на физическое, химическое воздействие препаратов, которые проходят в течение разумного срока и о которых Пациент (Заказчик) был заранее предупрежден специалистом, не являются показателем плохого качества услуги и основанием для претензий к Исполнителю.

4.5. Медицинские услуги (манипуляции), оказываемые по договору, предполагают возможность вмешательства в органы и системы человека, а также вероятное появление сопутствующих свойств и осложнений, оговоренных в соответствующих информированных добровольных согласиях. Осложнение медицинской услуги, имеющее объективный характер и не зависящее от действий Исполнителя, о котором был изначально уведомлен Пациент (Заказчик), не является дефектом медицинской помощи.

5. Сроки предоставления платных медицинских услуг

5.1. Срок предоставления конкретной услуги Исполнителя (консультации, диагностические исследования, лечебные манипуляции) определяются датой и временем обращения Пациента к Исполнителю в соответствии со ст. 190 ГК РФ.

5.2. Длительность лечения каждого Пациента индивидуальна, определяется врачом ориентировочно, исходя из установленного диагноза, динамики течения заболевания в каждом конкретном случае.

6. Условия оплаты и порядок расчетов

6.1. Исполнитель информирует Пациента (Заказчика) о стоимости медицинских услуг до начала их предоставления и подписания Договора.

6.2. Стоимость медицинских услуг по настоящему Договору определяется на основании сметы, которая может быть **твердой** или **приблизительной**.

6.2.1. При **твердой смете** стоимость услуг является фиксированной и изменению не подлежит.

6.2.2. При **приблизительной смете** Исполнитель обязан незамедлительно уведомить Пациента (Заказчика) о необходимости увеличения стоимости услуг. Увеличение стоимости допускается только после получения письменного согласия Пациента (Заказчика). При отказе Пациента (Заказчика) от согласования увеличения стоимости Исполнитель вправе расторгнуть Договор с

ФОРМА ДОГОВОРА

возмещением Пациенту (Заказчику) фактически уплаченной суммы за вычетом фактически понесенных расходов.

6.2.3. Смета составляется по требованию Пациента (Заказчика) или по инициативе Исполнителя и является неотъемлемой частью настоящего Договора.

6.3. Оплата за медицинские услуги производится только в рублях за наличный или безналичный расчет после завершения оказания услуг, Пациенту (Заказчику) в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).

7. Ответственность Сторон

7.1. Исполнитель несет ответственность 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 Пациента.

7.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7.3. Исполнитель освобождается от ответственности за наступление осложнений, возникновение побочных результатов, ухудшение первоначально достигнутого результата в случаях:

7.3.1. Отказа Пациента (Заказчика) от дополнительных обследований, объективно необходимых для назначения и проведения адекватного лечения и профилактики нежелательных возможных осложнений.

7.3.2. Невыполнения или ненадлежащего выполнения Пациентом назначений и рекомендаций лечащего врача и специалистов Исполнителя, в том числе дома.

7.3.3. Отказа Пациента от необходимого курса лечения или самовольного прерывания проводимого курса лечения.

7.4. Исполнитель не несет ответственности, если до оказания медицинской услуги Пациент (Заказчик) не исполнил обязанность по информированию медицинского персонала Исполнителя об аллергических реакциях, противопоказаниях, перенесенных заболеваниях, если неэффективность оказанной медицинской услуги или причиненный вред явились следствием отсутствия у медицинского персонала Исполнителя такой информации.

7.5. Исполнитель не несет ответственности при возникновении осложнений, о возможности которых Пациент (Заказчик) был предупрежден до оказания медицинской услуги.

7.6. Исполнитель не несет ответственность за наступление побочных эффектов от применения лекарственных средств и препаратов, на возможность наступления которых изготовитель таких лекарственных средств и препаратов указывал в аннотации к ним.

7.7. В случае причинения ущерба имуществу Исполнителя Пациент (Заказчик) обязан возместить причиненный ущерб в полном объеме.

7.8. В остальных случаях Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7.9. Претензии по результатам предоставленных медицинских услуг, качеству медицинских услуг и сервиса, могут быть направлены Исполнителю по почте или в отделении Исполнителя.

7.10. Срок рассмотрения претензии составляет 10 календарных дней с момента регистрации претензии.

8. Срок действия, порядок изменения и расторжения Договора

8.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует в течение 12 месяцев. Истечение срока действия договора не освобождает Стороны от исполнения принятых на себя обязательств, в том числе по дополнительным соглашениям к Договору. В случае если за 15 дней до истечения срока действия настоящего Договора ни одна из Сторон не предупредит другую Сторону в письменной форме о его расторжении, действие Договора продлевается на тот же срок.

8.2. Медицинская помощь считается оказанной после подписания акта об оказанных услугах обеими сторонами (Приложение 4).

8.3. Изменение и расторжение Договора возможны по соглашению Сторон в соответствии с п.1 ст. 450 ГК РФ и в одностороннем порядке (ст.450.1 ГК РФ).

8.4. Все изменения и дополнения к настоящему Договору считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами (уполномоченными на то представителями Сторон). Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.

8.5. В случае расторжения Договора по инициативе Пациента (Заказчика) оплата за медицинские услуги и/или исследования, которые уже были выполнены, возврату не подлежит.

ФОРМА ДОГОВОРА

8.6. В случае отказа Пациента (Заказчика) после заключения Договора от получения платных медицинских услуг договор расторгается, Исполнитель информирует Пациента (Заказчика) о расторжении договора по инициативе Пациента (Заказчика) при этом Пациент (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

8.7. Исполнитель имеет право в одностороннем порядке расторгнуть настоящий Договор при несоблюдении Пациентом требований и рекомендаций лечащего врача в период лечения, исключающим возможность исполнения возложенных на Исполнителя обязанностей по Договору.

8.8. Стороны договорились о возможности подписания Договора, дополнительных соглашений и приложений к нему посредством факсимиле личных подписей Сторон, а также о признании юридической силы такой подписи.

9. Особенности дистанционного заключения договора

9.1. Договор может быть заключен дистанционным способом с использованием многофункционального сервиса обмена информацией (мессенджера); путем обмена электронными документами с использованием электронной почты.

9.2. При дистанционном заключении Договора электронная подпись не требуется, если иное не установлено соглашением Сторон. Подтверждением волеизъявления Сторон является совершение действий, направленных на заключение Договора (в том числе направление заполненной формы, оплата и т.п.).

9.3. Факт идентификации Пациента (Заказчика) при дистанционном заключении Договора фиксируется Исполнителем в электронном виде. Идентификация считается осуществленной при предоставлении Пациентом (Заказчиком) данных, достаточных для его установления (в том числе с использованием ЕСИА, при предоставлении паспортных данных, номера телефона, адреса электронной почты)

9.4. Все версии Договора, дополнительных соглашений и приложений к нему, подписанные (акцептованные) сторонами в процессе дистанционного заключения, хранятся в электронном виде в информационной системе Исполнителя. Исполнитель обеспечивает сохранность и неизменность указанных документов в течение всего срока, установленного законодательством Российской Федерации для хранения медицинской документации

9.5. После заключения Договора дистанционным способом Исполнитель направляет Пациенту (Заказчику) подтверждение о заключении Договора с указанием его номера и даты, а также предоставляет доступ к электронной копии подписанного Договора и приложений к нему. Подтверждение направляется тем же способом, которым был заключен Договор, если иное не согласовано сторонами.

9.6. Договор считается заключенным с момента совершения Пациентом (Заказчиком) действий, подтверждающих его волю на заключение Договора (акцепта), в порядке, предусмотренном п. 9.2 настоящего раздела, если иной момент не предусмотрен соглашением Сторон.

9.7. Сканы и электронные образы подписанных документов имеют юридическую силу оригиналов.

9.8. Исполнитель обеспечивает конфиденциальность персональных данных в соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ.

10. Особенности оказания услуг с применением телемедицинских технологий

10.1. Исполнитель вправе оказывать медицинские услуги дистанционно (с применением телемедицинских технологий) в соответствии с Приказом Минздрава России от 11.04.2025 № 193н «Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий».

10.2. При дистанционной консультации (онлайн-приёме) врач:

- проводит сбор жалоб (анамнеза);
- анализирует предоставленные Пациентом документы (результаты анализов, снимки, выписки из медицинской документации);
- даёт рекомендации по дальнейшему наблюдению, обследованию или лечению (при условии, что первоначальное лечение назначено ранее на очном приёме либо в случаях, допускаемых законодательством);
- при необходимости выдаёт направление на дополнительные обследования или рекомендует очный приём.

10.3. При дистанционной консультации врач не устанавливает окончательный диагноз и не назначает новое лечение (за исключением случаев, когда это допускается законодательством Российской Федерации). Окончательный диагноз устанавливается только при очном приёме.

10.4. Телемедицинская консультация **не предназначена** для экстренных состояний. При возникновении острой боли, травмы или иных состояний, угрожающих жизни и здоровью, необходимо немедленно обратиться в службу скорой медицинской помощи по телефону 103 (или 112).

10.5. Перед проведением телемедицинской консультации Пациент (Заказчик) подписывает:

- Информированное добровольное согласие на проведение телемедицинской консультации (Приложение № 6);

ФОРМА ДОГОВОРА

- Согласие на передачу персональных данных по открытым каналам связи (Приложение № 7).

10.6. При технических сбоях по вине Исполнителя (прерывание видеосвязи, низкое качество связи, невозможность проведения консультации по техническим причинам) консультация переносится на другое время. Оплата за несостоявшуюся консультацию **не взимается**.

10.7. Пациент (Заказчик) даёт согласие на передачу персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну, по открытым каналам связи в объёме, необходимом для проведения телемедицинской консультации (Приложение № 7).

10.8. Результаты телемедицинской консультации фиксируются в медицинской документации (медицинской карте амбулаторного пациента) в виде электронной записи, которая имеет такую же юридическую силу, как и запись при очном приёме.

11. Прочие условия

11.1. Услуги оказываются непосредственно после изъяснения Пациентом (Заказчиком) желания их получить и подписания настоящего Договора. Длительность оказания услуги определяется исходя из медицинских показаний в каждом конкретном случае индивидуально.

11.2. Пациент (Заказчик) заверяет и гарантирует, что в установленном законом порядке обладает всеми необходимыми правами и полномочиями по заключению настоящего Договора, а в случае нарушения указанных заверений и гарантий самостоятельно понесет риск всех связанных с этим негативных последствий.

11.3. Договор составляется в количестве экземпляров, равном числу Сторон, если иное не предусмотрено разделом 9 настоящего Договора (дистанционное заключение). Каждый экземпляр имеет одинаковую юридическую силу. Стороны согласовали использование при подписании настоящего Договора, дополнительных соглашений и приложений к нему факсимильного воспроизведения подписи Исполнителя в порядке, предусмотренном п. 2 ст. 160 Гражданского кодекса РФ. Факсимильная подпись имеет силу собственноручной подписи.

11.4. Пациент (Заказчик) дает согласие на обработку необходимых персональных данных (Приложение 5) в объеме и способами, указанными в п.п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

11.5. Пациент (Заказчик) дает свои согласия на условиях настоящего Договора:

11.5.1. Согласие на обработку персональных данных, необходимых для исполнения Договора (в том числе фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес, контактные данные, паспортные данные, данные о состоянии здоровья, диагнозе и результатах лечения), предоставляется в соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ «О персональных данных» и оформляется отдельным документом (Приложение № 5 к Договору).

11.5.2. Согласие на получение информации (включая уведомления о предстоящих осмотрах, напоминания о процедурах и специальные предложения медицинского центра):

устно

по электронной почте на свой адрес <ПАЦИЕНТ_ЗП_EMAIL>

по средствам смс-сообщений на номер телефона <ПАЦИЕНТ_ЗП_ТЕЛЕФОН_ЗП>

через иные разрешенные на территории Российской Федерации средства электронной коммуникации.

11.5.3. Пациент (Заказчик) подтверждает, что ознакомлен с Политикой обработки персональных данных Исполнителя и согласен с ее условиями. Согласие на получение информации может быть отозвано в любое время путем направления письменного уведомления Исполнителю.

11.6. Пациент (Заказчик) заверяет и гарантирует, что он должным образом ознакомлен со всеми пунктами Договора и согласен с его условиями.

11.7. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим Договором или в связи с ним, Стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров.

11.8. Все неурегулированные настоящим Договором отношения регулируются в соответствии с действующим законодательством РФ, в том числе ст. 17 Закона РФ «О защите прав потребителей» от 07.02.1992 №2300-1.

11.9. Исполнителем после исполнения договора выдаются Пациенту (Заказчику) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

12. Приложения к настоящему Договору:

- Смета (приложение 1);
- Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств (приложение 2);
- Отказ от видов медицинских вмешательств (приложение 3);
- Акт об оказании платных медицинских услуг (приложение 4);
- Согласие на обработку персональных данных (приложение 5);
- Информированное добровольное согласие на проведение телемедицинской консультации (Приложение № 6);
- Согласие на передачу персональных данных по открытым каналам связи (Приложение № 7).

13. Реквизиты и подписи сторон:

ФОРМА ДОГОВОРА

ИСПОЛНИТЕЛЬ:
ООО «ШАНС М»

Адрес: 125167, Город Москва, вн.тер.г.
муниципальный округ Аэропорт, проезд Старый
Петровско-Разумовский, д. 10, помещ. 1/1
ОГРН 1197746344400
ИНН/КПП 7708351383/771401001
Лицензия № Л041-01137-77/00154399 от 05.05.2022,
выдана Департамент здравоохранения города Москвы
(приказ №538-Л от 05.05.2022 г.)
Банковские реквизиты:
р/с 40702810138000030583, БИК 044525225
к/с 30101810400000000225 в ПАО Сбербанк г. Москва
E-mail: clinic@childnevrolog.ru
Контактный телефон:
+79175160104
Генеральный директор

(подпись) **Р.Г. Ципис**

ПАЦИЕНТ (ЗАКАЗЧИК):
ФИО полностью, дата рождения

Документ, удостоверяющий личность (серия,
номер, дата выдачи, кем выдан, код
подразделения)
Адрес места регистрации:

E-mail:
Контактный телефон:

(подпись) **Пациент/Заказчик**

ФОРМА

Приложение № 1 к Договору
на оказание платных медицинских услуг № <НОМЕР> от <ДАТА> г.

<ДАТА_ДОКУМЕНТА> г.

СМЕТА (нужное подчеркнуть: твердая / приблизительная)

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Кол-во услуг	Сумма, руб.

Итого стоимость услуг по смете: <ИТОГО> руб.

Дополнительные условия:

- Если смета **твердая** – стоимость фиксирована и изменению не подлежит.
- Если смета **приблизительная** – изменение стоимости допускается только в порядке, установленном п. 6.2.2 Договора (письменное уведомление и согласие Пациента).

Настоящая смета является неотъемлемой частью Договора.

Ориентировочные сроки лечения составляют - _____ месяца(ев).

С условиями сметы ознакомлен и согласен:

" _____ " _____ 20 _____ г.

_____ <Пациент/Заказчик>
(подпись) (ФИО Пациента/законного представителя)

" _____ " _____ 20 _____ г.

_____ <Врач>
(подпись) (ФИО медицинского работника)

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)

действуя **добровольно** и осознанно, даю информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства, оказываемые на **платной основе** в соответствии с Договором на оказание платных медицинских услуг № <НОМЕР> от <ДАТА_ДОКУМЕНТА> г., 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 «ШАНС М»

(полное наименование медицинской организации)

<ФИО_МЕДРАБОТНИКА>

Медицинским работником

<ДОЛЖНОСТЬ_МЕДРАБОТНИКА>

(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:

<ВЫБРАННОЕ ЛИЦО ОДИН>

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

<ВЫБРАННОЕ ЛИЦО ДВА>

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

ПАЦИЕНТ/ЗАКАЗЧИК

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

<ФИО_МЕДРАБОТНИКА>

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

<ДАТА> _____ г.
(дата оформления)

¹ Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный № 24082.

Отказ от видов медицинских вмешательств

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 _____
(полное наименование медицинской организации)

действуя добровольно и осознанно, 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. № 390н¹:

<ВИД МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА>

(наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Медицинским работником <ФИО МЕДРАБОТНИКА> (<ДОЛЖНОСТЬ МЕДРАБОТНИКА>)
(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)

<ПОСЛЕДСТВИЯ>

(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.

ПАЦИЕНТ/ЗАКАЗЧИК

(подпись)

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

<ФИО МЕДРАБОТНИКА>

(подпись)

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

<ДАТА>

(дата оформления)

¹ Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный № 24082.

АКТ ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Акт составлен во исполнение Договора № <НОМЕР> от <ДАТА> г. и в соответствии со сметой (Приложение № 1 к Договору).

Общество с ограниченной ответственностью «ШАНС М» (ИНН 7708351383), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Генерального директора Ципис Розы Григорьевны, действующего на основании Устава и внесения записи в ЕГРЮЛ (ОГРН 1197746344400), с одной стороны и

ВАРИАНТ 1

гр. «Пациент» ФИО _____

дата рождения _____, паспорт _____
(серия, номер, дата выдачи, кем выдан, код подразделения)

адрес регистрации _____,
далее именуемый(ая) «Пациент», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

ВАРИАНТ 2

гр. «Заказчик» ФИО _____

дата рождения _____, паспорт _____
(серия, номер, дата выдачи, кем выдан, код подразделения)

адрес регистрации _____,
далее именуемый(ая) «Заказчик», действующий в качестве законного представителя несовершеннолетнего «Пациента» — **ФИО** _____

дата рождения _____, свидетельство о рождении _____
(серия, номер, дата выдачи, кем выдан)

адрес регистрации _____,
на основании _____,

(документ-основание: свидетельство о рождении, свидетельство об усыновлении, решение органов опеки и попечительства, нотариально заверенная доверенность (серия, номер, дата выдачи, кем выдан))

с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», составили настоящий Акт о том, что согласно Договору № <НОМЕР> от <ДАТА> г. на оказание платных медицинских услуг Исполнителем были оказаны следующие медицинские услуги:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Специалист (ФИО)	Стоимость, руб

<СуммаДокумента> руб. 00 коп.

Медицинские услуги оказаны надлежащим образом и в полном объеме.

Претензий к Исполнителю по качеству и срокам оказания услуг не имею.

Претензий к Пациенту (Заказчику) нет.

Исполнитель:

Генеральный директор _____ / **Р.Г. Ципис** /
(подпись)

Пациент (Заказчик):

_____ / **Пациент/Заказчик** /
(подпись) (Ф.И.О.)

Дата <ДАТА_ДОКУМЕНТА> г.

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я,

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

г. рождения, паспорт

, выдан

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

(серия) (номер) (кем и когда выдан)

зарегистрированный по адресу:

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу:

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

являясь **законным**

представителем несовершеннолетнего

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

г. рождения, свидетельство о рождении/паспорт

, выдан

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

(серия, номер, кем и когда выдан)

зарегистрированный по адресу:

(адрес регистрации гражданина)

на основании

(свидетельство о рождении, свидетельство об усыновлении, решение органов опеки и попечительства, нотариальная доверенность, серия, номер, дата выдачи, кем выдан)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 года № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие медицинскому центру **ООО «ШАНС М»** (ИНН: 7708351383, КПП: 771401001, ОГРН 1197746344400, адрес места нахождения: 125167, г. Москва, проезд Старый Петровско-Разумовский, дом 10, помещ. 1/1) (далее - «Исполнитель»), в лице генерального директора Ципис Розы Григорьевны, действующего на основании Устава, на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, реквизиты документа, удостоверяющего личность, контактные телефоны, адрес электронной почты, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

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

Настоящим я также даю свое согласие на осуществление видеонаблюдения в общедоступных зонах ООО «ШАНС М» (холл, коридоры, ресепшен) в целях обеспечения антитеррористической защищенности, сохранности имущества и безопасности пациентов, посетителей и персонала. Я уведомлен(а), что видеонаблюдение осуществляется в соответствии с Политикой обработки персональных данных ООО «ШАНС М», срок хранения видеозаписей составляет 30 дней, после чего они уничтожаются.

Предоставляю Исполнителю право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Исполнитель вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

В случаях, когда такое предоставление является обязательным в силу закона Исполнитель вправе передавать мои персональные данные государственным органам контроля (включая, Роскомнадзор), прокуратуры, следственного комитета, судебной власти, внутренних дел с использованием бумажных, машинных носителей или по каналам связи.

В ходе оказания мне медицинских услуг, подтверждаю свое согласие на присутствие другого медицинского и врачебного персонала.

В случае неблагоприятного прогноза развития моего заболевания, информация должна сообщаться *(нужное подчеркнуть и/или указать Ф.И.О., степень родства третьих лиц)* только мне | мне и следующим лицам | только следующим лицам, без моего уведомления:

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

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

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

ФОРМА

Настоящее согласие дано мной <ТекущаяДата> г. и действует до достижения целей обработки персональных данных, а в части, касающейся хранения медицинской документации, — в течение срока, установленного законодательством Российской Федерации для хранения первичных медицинских документов.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Исполнителю по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Исполнителя.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Исполнитель обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской помощи.

<ТекущаяДата> г.

(подпись)

<ПАЦИЕНТ>

(Ф.И.О. пациента)

представитель уведомлен о даче
согласия несовершеннолетним

(подпись законного представителя)

<ЗАКАЗЧИК>

(Ф.И.О. представителя)

Информированное добровольное согласие на проведение телемедицинской консультации

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)
контактный телефон: _____, e-mail: _____,

в соответствии со статьями 20, 22, 36.1 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Приказом Минздрава России от 11.04.2025 № 193н «Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий», добровольно даю своё информированное согласие на проведение телемедицинской консультации (онлайн-приёма) врачом ООО «ШАНС М».

1. Я проинформирован(а) о том, что:

1.1. Телемедицинская консультация проводится с использованием информационно-телекоммуникационных сетей (в том числе сети Интернет) для дистанционного взаимодействия врача и пациента.

1.2. Телемедицинская консультация не заменяет очный приём врача и проводится в следующих целях:

- сбор и анализ жалоб (анамнеза);
- оценка эффективности ранее назначенного лечения (при условии, что первоначальное лечение назначено ранее на очном приёме);
- дистанционное наблюдение за состоянием здоровья;
- выдача рекомендаций по дальнейшему наблюдению и лечению;
- направление на дополнительные обследования.

1.3. При проведении телемедицинской консультации не устанавливается окончательный диагноз и не назначается новое лечение. Окончательный диагноз может быть установлен только при очном приёме врача.

1.4. Телемедицинская консультация не подходит для экстренных состояний, угрожающих жизни и здоровью. При возникновении острой боли, травмы или других состояний, требующих срочного медицинского вмешательства, необходимо немедленно обратиться в службу скорой медицинской помощи по телефону 103 (112).

1.5. Качество и достоверность передаваемой информации зависят от качества работы технических средств связи (интернет-соединения, работы оборудования и программного обеспечения). В случае технических сбоев консультация может быть прервана или перенесена на другое время.

1.6. Результаты телемедицинской консультации фиксируются в медицинской документации (медицинской карте амбулаторного пациента) в виде электронной записи, которая имеет такую же юридическую силу, как и запись при очном приёме.

2. Я даю своё согласие на:

2.1. Проведение видео- и аудиосеанса с врачом ООО «ШАНС М» с использованием технических средств связи.

2.2. Передачу моих персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну, в объёме, необходимом для проведения консультации.

2.3. Фиксацию результатов консультации в медицинской документации.

ФОРМА

3. Я уведомлен(а) о том, что:

3.1. Телемедицинская консультация является платной услугой (если иное не предусмотрено договором). Стоимость и порядок оплаты определяются в соответствии с договором на оказание платных медицинских услуг.

3.2. Я имею право отказаться от проведения телемедицинской консультации на любом этапе. Отказ оформляется в письменной форме или фиксируется в медицинской документации.

3.3. Информация о состоянии моего здоровья, полученная в ходе телемедицинской консультации, составляет врачебную тайну и не подлежит разглашению третьим лицам, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

4. Срок действия настоящего согласия:

Настоящее согласие действует до достижения целей обработки персональных данных, указанных в п. 1.2 настоящего согласия, либо до момента его отзыва в установленном порядке.

<Пациент/Заказчик>

(подпись)

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

<ФИО МЕДРАБОТНИКА>

(подпись)

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

<ДАТА>

г.

(дата оформления)

ФОРМА

Приложение № 7 к Договору
на оказание платных медицинских услуг № <НОМЕР> от <ДАТА_ДОКУМЕНТА> г.

**СОГЛАСИЕ на передачу персональных данных
по открытым каналам связи при проведении телемедицинской консультации**

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

_____ г. рождения, паспорт _____, выдан _____
(дата рождения гражданина либо законного представителя) (серия) (номер) (кем и когда выдан)

зарегистрированный по адресу: _____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

являясь **законным**

представителем несовершеннолетнего

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
_____ г. рождения, свидетельство о рождении/паспорт _____, выдан _____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем) (серия, номер, кем и когда выдан)

зарегистрированный по адресу: _____
(адрес регистрации гражданина)

на основании _____
(свидетельство о рождении, свидетельство об усыновлении, решение органов опеки и попечительства, нотариальная доверенность, серия, номер, дата выдачи, кем выдан)

в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и
Приказом Минздрава России от 11.04.2025 № 193н,

даю своё согласие ООО «ШАНС М» (далее – Оператор) на передачу моих персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну (фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес, контактные данные, сведения о состоянии здоровья, диагнозах, результатах обследований, анамнезе), по открытым (незащищённым) каналам связи сети Интернет в целях проведения телемедицинской консультации врачом ООО «ШАНС М».

Я уведомлен(а) и осознаю, что:

1. Передача персональных данных по открытым каналам связи сети Интернет не гарантирует полной защиты от несанкционированного доступа третьих лиц.
2. Оператор принимает все необходимые организационные и технические меры для защиты передаваемой информации, однако не может нести ответственность за несанкционированное попадание сведений к третьим лицам при условии, что такие действия не являются следствием виновных действий Оператора.
3. Я ознакомлен(а) с рисками передачи персональных данных по открытым каналам связи и соглашаюсь с ними.
4. Настоящее согласие даётся добровольно и действует до достижения целей обработки персональных данных, указанных в п. 1.2 Информированного добровольного согласия на проведение телемедицинской консультации, либо до момента его отзыва.

<ТекущаяДата> г.

(подпись)

<ПАЦИЕНТ>

(Ф.И.О. пациента)

представитель уведомлен о даче
согласия несовершеннолетним

(подпись законного представителя)

<ЗАКАЗЧИК>

(Ф.И.О. представителя)