



# BEST\_CLINIC

Центр Эстетической Медицины  
и Гинекологии

---

344037 г. Ростов - на - Дону, пр. Шолохова, 64 а, т/ факс: (863) 2003208, 2003214, 2003215  
ОГРН 1116195004727; ИНН 6163107696; КПП 616701001 ОКПО 68789826;  
р/с 40702810403800000529 в ПАО КБ «Центр-Инвест» .  
БИК 046015762, г. Ростов-на-Дону, к/с 30101810100000000762

г. Ростов-на-Дону

ПРИКАЗ № 19

10 января 2022г.

*Об утверждении Правил оказания*

*платных медицинских услуг ООО «Бест Клиник»*

Во исполнение Ф3 от 21.11.2011г. №323 « Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановление правительства РФ от 04.120.2012г. № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинской организацией платных медицинских услуг», в целях совершенствования оформления лечебно-диагностического процесса ООО «Бест Клиник»

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить Правила оказания платных медицинских услуг ООО «Бест Клиник».
2. Утвердить форму договора с приложениями об оказании платных медицинских услуг.
3. Администратору ООО «Бест Клиник» обеспечить подписание всеми пациентами, получающими медицинские услуги следующих согласий:
  - 4.1. Согласие на обработку персональных данных;

4.2. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, а также информированное согласие на выбор врача.

5. Начальнику отдела кадров ООО «Бест Клиник» под подпись ознакомить всех медицинских работников, работников регистратуры, а также иных заинтересованных сотрудников с настоящим приказом.

6. Главному врачу ООО «Бест Клиник» проводить контроль за правильностью заполнения и наличием информированных добровольных согласий на медицинское вмешательство, согласий на обработку персональных данных, договоров и приложений к ним.

7. Ответственность за исполнением настоящего приказа и осуществление контроля за оформлением документов для правового обеспечения лечебно-диагностического процесса в ООО «Бест Клиник» в соответствии с настоящим приказом оставляю за собой.

Генеральный директор



Вовченко Л.А.

## Правила оказания платных медицинских услуг ООО «Бест Клиник»

### 1. ВВЕДЕНИЕ

#### 1.1. Назначение документа

Настоящее Положение о правилах оказания платных медицинских услуг ООО «Бест Клиник» (далее — Положение) разработано в целях упорядочения процесса заключения договоров об оказании платных медицинских услуг с физическими лицами, подписания пациентами или представителями пациента форм документов

для правового обеспечения лечебно-диагностического процесса, создания информационного и правового поля.

#### 1.2. Основные задачи

Организационное обеспечение и консультационная поддержка по данному Положению возложены на ООО «Бест Клиник».

### 2. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Настоящее Положение определяет условия и порядок оказания платных медицинских услуг, предоставляемых физическим лицам за счет личных средств, пациентов ООО «Бест Клиник» с оплатой в кассу в наличном или в безналичном порядке, в том числе путем расчетов с использованием платежных карт единовременным платежом.

2.2. Для целей настоящего Положения используются следующие основные понятия:

Наименование термина/сокращения	Определение термина/сокращения
---------------------------------	--------------------------------



Общество	ООО «Бест Клиник»
Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство	Письменное добровольное согласие пациента или его законного представителя на медицинское вмешательство, данное им на основе полученной от лечащего врача полной и всесторонней информации в доступной для пациента форме о цели, характере, способах данного вмешательства, связанном с ним вероятном риске и возможных медико-социальных, психологических, экономических и других последствиях, а также возможных альтернативных видах медицинской помощи и связанных с ними последствиях и рисках.
Информированный добровольный отказ от медицинского вмешательства	Письменное заявление пациента об отказе от медицинского вмешательства, с учетом уведомления и разъяснения пациенту о возможных последствиях медицинского такого отказа
Согласие на обработку персональных данных	Письменное добровольное согласие пациента и/или его законного представителя на осуществление обработки персональных данных
Платные медицинские услуги	Поликлиническая и/или иная медицинская помощь, оказываемая на возмездной основе за счёт личных средств физическим лицам на основании договоров об оказании платных медицинских услуг в соответствии с действующей лицензией на оказание медицинской помощи
Медицинское вмешательство	Любое обследование, лечение или иное действие имеющее профилактическую, диагностическую, лечебную, реабилитационную или исследовательскую направленность, выполняемое врачом либо другим медицинским работником по отношению к конкретному пациенту.

Пациент	Физическое лицо, обратившееся за медицинской помощью или получающее медицинскую помощь в ООО «Бест Клиник», независимо от наличия или отсутствия у него заболевания
Представитель пациента	Лицо, совершающее действия от имени Пациента в силу полномочий и в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации (законный представитель).

### ООО «Бест Клиник»

#### Правила оказания платных медицинских услуг

Наименование термина/сокращения	Определение термина/сокращения
Заказчик	Лицо, подписавшее договор об оказании медицинских услуг Пациенту, не обязательно являющееся Представителем пациента
Персональные данные пациента	Сведения о фактах, событиях и обстоятельствах жизни пациента, позволяющие идентифицировать его личность, включая сведения о факте обращения его за медицинской помощью, диагнозе и иной информации о состоянии здоровья и частной жизни, полученные в результате оказания медицинских услуг
Договор об оказании платных медицинских услуг (далее — договор)	Соглашение об оказании медицинских услуг Пациенту на базе ООО «Бест Клиник» заключаемое по форме, которая наиболее точно отражает специфику медицинских услуг, которые Пациент желает получать. Формы договоров на оказание медицинских услуг утверждаются локальными актами ООО «Бест Клиник»



2.3. Оказание медицинских услуг осуществляется в соответствии с перечнем услуг, указанном в лицензии на осуществление медицинской деятельности ООО «Бест Клиник»

### **3. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРОВ ОБ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В ООО «Бест Клиник»**

3.1. Медицинские услуги оказываются Обществом Пациенту на основании договора об оказании платных медицинских услуг

3.2. Договор на оказание медицинских услуг подписывается с Заказчиком до начала предоставления медицинских услуг.

3.3. При первичном обращении Пациента работник регистратуры определяет, является ли заказчик пациентом по договору или договор заключается в пользу третьего лица.

3.3.1. В случае, если Заказчик является пациентом по договору, работник регистратуры:

- проверяет наличие у Заказчика одного из документов удостоверяющего личность, согласно приложению к настоящим Правилам;

В случае отказа предоставить один из документов, удостоверяющих личность, регистратор приглашает медицинского работника для определения, находится ли Пациент в состоянии, требующем оказания медицинской помощи в экстренной форме.

Если Пациент находится в удовлетворительном состоянии и медицинская помощь в экстренной форме ему не требуется, то без документа, удостоверяющего личность, договор заключен быть не может и медицинская помощь не оказывается.

- предоставляет пациенту договор об оказании платных медицинских услуг и приложение к нему в двух экземплярах, форму согласия на обработку персональных данных;
- указывает в медицинской карте адрес регистрации и фактического проживания пациента, мобильный телефон, электронный адрес пациента, а также информацию о том, предоставил ли пациент согласие на получение рекламной рассылки через электронный адрес и мобильный телефон;

- проверяет у пациента наличие документа, необходимого для подписания информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство согласно приложению к настоящим Правилам;
- отмечает посещение пациента, сообщает пациенту номер, расположение кабинета и ФИО врача.

3.2.2. В случае если Заказчик не является пациентом по договору, работник регистратуры:

- проверяет наличие у Заказчика и Пациента одного из документов удостоверяющего личность согласно приложению к настоящим Правилам;
- указывает в медицинской карте Ф.И.О. Пациента, дату его рождения, адрес регистрации, данные документа, удостоверяющего личность;
- предоставляет Заказчику договор об оказании платных медицинских услуг и приложение к нему в трех экземплярах (один экземпляр для передачи Пациенту), форму согласия на обработку персональных данных в двух экземплярах, первое для заполнения заказчиком, второе для заполнения Пациентом 'законным представителем Пациента';
- указывает в медицинской карте адрес регистрации и фактического проживания пациента, мобильный телефон, электронный адрес пациента, а также информацию о том, предоставляли ли Пациент и Заказчик согласия на получение рекламной рассылки через электронный адрес и мобильный телефон;
- проверяет у пациента наличие документа, необходимого для подписания информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство согласно приложению к настоящим Правилам;
- отмечает посещение пациента, сообщает номер и расположение кабинета и ФИО врача

Если пациент является несовершеннолетним лицом до 15 лет, либо недееспособным лицом, то согласие на обработку персональных данных и информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство подписывает его законный представитель.



К законным представителям относятся родители, усыновители, опекуны, попечители, органы опеки и попечительства, организации, в которых под надзором находятся недееспособные (не полностью дееспособные) граждане, а также лица, предъявившие соответствующую нотариальную доверенность.

3.2.3. По итогам оформления договора у Заказчика/Пациента на руках остается: - договор на оказание медицинских услуг с приложением к нему.

По итогам оформления договора у регистратора на руках остается: - Договор на оказание медицинских услуг с подписью (в карту); - Согласие на обработку персональных данных с подписью (в карту); - Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с наклеенным титульным листом (в архив); - Копия доверенности представителя ребенка (при необходимости);

Указанные документы вкладываются в медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

3.4. При повторном обращении работник регистратуры:

- проверяет у пациента наличие документа, удостоверяющего личность;
- сообщает пациенту номер, расположение кабинета и ФИО врача;
- в случае визита более чем к трем врачам регистратор печатает для пациента памятку с указаниями номеров кабинетов и Ф.И.О. врачей.

3.5. Стоимость оказываемых медицинских услуг определяется Прейскурантом на медицинские услуги ООО «Бест Клиник». Прейскурант утверждается локальными актами ООО «Бест Клиник» и размещается в общедоступном месте таким образом, чтобы пациенты имели возможность с ним ознакомиться.

3.6. Оплата за оказание медицинских услуг осуществляется путем внесения наличных денежных средств в кассу ООО «Бест Клиник» или в безналичном порядке, в том числе путем расчетов с использованием платежных карт единовременным платежом в соответствии с утверждённым Прейскурантом на медицинские услуги.



3.7. Заказчику в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция установленного образца). По требованию лица, оплатившего медицинские услуги, выдается справка об оплате медицинских услуг по форме, установленной Приказом Минздрава РФ № 289, МНС РФ № БГ-3-04/256 от 25.07.2001 «О реализации Постановления Правительства Российской Федерации от 19 марта 2001 г. № 201 «Об утверждении перечней медицинских услуг и дорогостоящих видов лечения в медицинских учреждениях Российской Федерации, лекарственных средств, суммы оплаты которых за счет собственных средств налогоплательщика учитываются при определении суммы социального налогового вычета», для предоставления в налоговые органы Российской Федерации с целью получения налогового вычета.

3.8. В структурных подразделениях ООО «Бест Клиник», в доступном для Пациентов месте, размещается информация об ООО «Бест Клиник» о лицензиях на осуществление медицинской деятельности, сведения о квалификации и сертификации специалистов, об адресах и контактных телефонах органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья и иная, предусмотренная действующим законодательством Российской Федерации информация.

#### **4. ПОРЯДОК ДОКУМЕНТООБОРОТА ДЛЯ ПРАВОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА**

4.1. В случае обращения Пациента, не являющегося Заказчиком, за дополнительными медицинскими услугами, с ним заключается договор об оказании медицинских услуг.

4.2. До начала оказания медицинских услуг врач получает от Пациента письменное информированное согласие на медицинское вмешательство по формам, утвержденным локальными актами Общества и размещенным в ООО «Бест Клиник»

При первом обращении врач получает от Пациента письменное информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, а также информированное добровольное согласие при выборе врача.

Информированное согласие подписывается при наличии любого из документов, приведенных в приложении к настоящим Правилам, согласно следующей схеме

Лицо до 15 лет Согласия подписывает законный представитель лица.



Лицо с 15 лет Согласия по формам подписывает пациент. Любая медицинская информация предоставляется с учетом требований ст.13 («Соблюдение врачебной тайны ФЗ №323 от 21.11.2011г.)

4.3. В случае отказа от подписания информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и в случае требования прекращения медицинского вмешательства врач получает у Пациента (его законного представителя) отказ от медицинского вмешательства.

При отказе от медицинского вмешательства гражданину, одному из родителей или иному законному представителю лица в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа.

Отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме, подписывается пациентом и/или лицами указанными ниже, медицинским работником во время приема и содержится в медицинской документации пациента, при этом:

- 1) в случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему пациенту в возрасте до 15 лет, подписывается исключительно одним из родителей (иным законным представителем) ребенка,
- 2) по достижении ребенком 15-летнего возраста отказ оформляется за подписью несовершеннолетнего ребенка и (по возможности) одного из родителей (законного представителя),
- 3) за лицо, признанное в установленном законом порядке недееспособным, - законный представитель этого лица (лицо, указанное в соответствующем решении органа опеки), в случае, если такое лицо по своему состоянию не способно отказаться от медицинского вмешательства.

4.4. При первом обращении Пациента в ООО «Бест Клиник» на Пациента заводится медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

4.5. После окончания приема врач распечатывает и предоставляет Пациенту квитанцию установленного образца.

## **5. КОНТРОЛЬ ЗА СОБЛЮДЕНИЕМ ПОРЯДКА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**



5.1. Контроль за организацией и качеством выполнения медицинских услуг, ведением медицинской документации в подразделении осуществляет главный врач ООО «Бест Клиник».

5.2. Контроль за оформлением договоров, правильностью взимания платы с пациентов, организацией бухгалтерского учета и отчетности осуществляет главный бухгалтер ООО «Бест Клиник».

5.3. Главный врач ООО «Бест Клиник», осуществляет контроль за правильностью заполнения и наличием информированных добровольных согласий на медицинское вмешательство, согласий на обработку персональных данных, договоров и приложений к ним, индивидуальных данных на Пациентов, которым были оказаны медицинские услуги за рассматриваемый период.

Для подписания договора об оказании платных медицинских услуг лицо предъявляет один из нижеследующих документов:

Граждане РФ:

1. Паспорт гражданина РФ;
2. Загранпаспорт гражданина РФ; дипломатический паспорт; служебный паспорт; заграничный паспорт гражданина бывшего СССР (действителен до истечения срока его действия);
3. Удостоверение личности военнослужащего РФ; военный билет;
4. Временное удостоверение личности гражданина РФ (форма М 2П);
5. Служебное удостоверение работника прокуратуры
6. Свидетельство о рождении (для лиц до 14 лет).

Не граждане РФ:

1. Паспорт иностранного гражданина или иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;
2. Удостоверение личности лица без гражданства в РФ или иной подобный документ, разрешение на временное проживание, вид на жительство, документ, удостоверяющий личность на период

рассмотрения заявления о признании гражданином РФ или о приеме в гражданство РФ;

3. Удостоверение беженца, свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем на территории РФ по существу;
4. Свидетельство о предоставлении временного убежища на территории РФ.

Для подписания информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство лицо предъявляет один из нижеследующих документов:

1. Паспорт гражданина РФ;
2. Паспорт гражданина СССР (только для граждан СНГ, не включая РФ);
3. Временное удостоверение личности гражданина РФ (форма 21);
4. Свидетельство о рождении (для лиц до 15 Лет);
5. Удостоверение личности офицера, паспорт моряка или военный билет;
6. Справка об освобождении из мест лишения свободы (для лиц, освобожденных из мест лишения свободы);
7. Паспорт иностранного государства (для иностранных граждан, находящихся на территории РФ временно);
8. Заграничный паспорт (для граждан России, постоянно проживающих за границей и находящихся на территории РФ временно);
9. Вид на жительство в РФ;
10. Удостоверение беженцев РФ или свидетельство о регистрации ходатайства иммигранта о признании его беженцем (для беженцев, не имеющих статус беженца).



*Приложение 2  
к приказу» Об утверждении оказания  
платных медицинских услуг ООО «Бест Клиник»*

Договор на оказание

**Договор  
на оказание платных медицинских услуг**

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_ г.

г. Ростов-на-Дону

Общество с ограниченной ответственностью «Бест Клиник», именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», действующее на основании Лицензии МЗ РО № ЛО-61-01-007815 от 11.08.2020 года в лице генерального директора Л.А. Вовченко, действующего на основании Устава Общества с одной стороны, и физическое лицо

именуемый(ая) в дальнейшем «**Заказчик**» (**Пациент**), действующий на основании собственного волеизъявления и от своего имени с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора.**

1.1. В соответствии с настоящим договором Исполнитель обязуется оказать Заказчику на платной основе медицинские услуги, объем которых определяется перечнем оказываемых услуг согласно утвержденному прейскуранту цен на медицинские услуги ООО «Бест Клиник» в соответствии с действующими стандартами диагностики и лечения, а Заказчик обязуется произвести оплату предоставляемых медицинских услуг.

1.2. Перечень, объем и стоимость медицинских услуг, согласованы сторонами, и указаны в Приложении №1 к настоящему договору.

1.3. Перечень, объем и стоимость используемых препаратов или медицинских изделий согласованы сторонами, и указаны в Приложении №2 к настоящему договору.

1.4. По медицинским показаниям и/или с согласия Заказчика ему могут быть оказаны и иные услуги, которые согласовываются сторонами договора дополнительно.

1.5. Основанием для оказания платных медицинских услуг является желание Заказчика при отсутствии медицинских противопоказаний и достоверном информировании Исполнителя об имеющихся заболеваниях, аллергических реакций и индивидуальных особенностях организма.

**2. Стоимость услуг и порядок их оплаты.**

2.1. Сумма договора составляет \_\_\_\_\_

2.2. Оплата производится Заказчиком в порядке 100% предоплаты и считается произведенной после поступления денежных средств в кассу или на расчетный счет Исполнителя при безналичной форме оплаты.

2.3. В случае предоставления дополнительных медицинских услуг, расчет производится по окончанию лечения и оплачивается согласно прейскуранту цен.

2.4. За просрочку платежей Исполнитель оставляет за собой право выставить Заказчику пеню в размере 0,1% от суммы просроченного платежа за каждый день просрочки.

**3. Права и обязанности Сторон.**

**3.1. Заказчик обязан:**

- после подписания настоящего договора, оплатить полную стоимость медицинских услуг в размере, указанном в п.2.1 настоящего договора;



- соблюдать правила внутреннего распорядка, установленные в учреждении Исполнителя. Несоблюдение внутреннего распорядка несет за собой последствия в виде наложение штрафа на Заказчика в соответствии с приказом генерального директора.

- достоверно информировать специалиста, оказывающего медицинскую услугу, об известных ему перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях и индивидуальных особенностях организма.

- ознакомиться и подписать все необходимые документы: о добровольном информированном согласии на медицинское оперативное вмешательство и лечебно-диагностических мероприятий; о добровольном информированном согласии на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства; согласие на обработку персональных данных; согласие на выполнение рекомендаций и назначений лечащего врача на реабилитационный период; уведомление о возможных осложнениях и последствиях связанных с естественным старением организма по истечению от года до трех лет после получения указанных услуг, уведомление о том, что субъективные ожидания пациента от эстетических изменений тела не являются основанием для одностороннего расторжения договора и возврата денежных средств за указанную услугу, а так же все приложение к настоящему договору.

- выполнять условия настоящего договора,

- являться для получения медицинских услуг и проведения осмотров результатов процедур в назначенное время.

### **3.2. Заказчик в праве:**

- получать от медицинских работников, участвующих в оказании медицинской помощи, в доступной форме полную, достоверную информацию, касающуюся его здоровья и оказываемых медицинских услуг.

- Заказчик вправе отказаться от получения медицинских услуг и получить обратно оплаченную сумму за вычетом фактически понесённых Исполнителем затрат, связанных с подготовкой и частичным оказанием услуг, письменно сообщив об этом Исполнителю.

- требовать облегчения боли, связанной с медицинским вмешательством доступными методами и лекарственными препаратами.

### **3.3. Исполнитель обязан:**

- оказать Заказчику медицинские услуги конфиденциально, качественно и в соответствии с медицинскими стандартами;

- предоставить Заказчику в доступной форме полную и достоверную информацию о видах, объеме, стоимости и порядке предоставления медицинской помощи;

- оформить все необходимые документы на проведение лечения, а также согласовывать с Заказчиком назначение дополнительных медицинских услуг, потребность в которых может возникнуть в ходе исполнения настоящего договора.

- информировать Заказчика о сущности диагностических и лечебных и оперативных мероприятиях, проводимых в отношении Заказчика о возможности возникновения осложнений и противопоказаний при оказании медицинских услуг.

- при оказании медицинских услуг обеспечивать применение разрешенных к применению в РФ лекарственных препаратов, специализированных продуктов лечебного питания (при нахождении Заказчика в стационаре), медицинских изделий, дезинфекционных, дезинсекционных, дератизационных средств.

- по окончании лечения выдать Заказчику медицинские документы установленного образца (выписка из истории болезни, листок временной нетрудоспособности, рекомендации врача)

### **3.4. Исполнитель в праве**

- самостоятельно выбирать консультантов, специалистов, привлекать третьих лиц, устанавливать объем и виды обследования и лечения;

- направлять на медицинское обследование и диагностику;

- самостоятельно определять объем лабораторных исследований;

- самостоятельно выбирать способ и длительность госпитализации Заказчика;



- отказать в оказании медицинских услуг, вследствие невозможности исполнения по техническим причинам, в случае выявления острых инфекционных заболеваний, а так же если Заказчик находится в состоянии наркотического или алкогольного опьянения.

#### **4. Ответственность сторон.**

4.1. При разглашении одной из сторон сведений, относящихся к категории конфиденциальной информации (о состоянии пациента, процедурах), виновная сторона несет ответственность и обязана возместить другой стороне понесенные ей в связи с этим убытки.

4.2. В случае ненадлежащего исполнения Договора одной из сторон, повлекшего неблагоприятные последствия для другой стороны, ответственность наступает согласно действующему законодательству РФ.

4.3. Сторона, считающая, что ее права по настоящему Договору нарушены, вправе направить другой стороне письмо с изложением своих претензий. Сторона, получившая претензию, обязана ответить на нее в срок до 30 дней с момента получения. В случае неполучения ответа сторона, пославшая претензию, может обратиться в суд за защитой своих прав.

4.4. Стороны не несут ответственности за неисполнение обязательств по настоящему договору, если это связано с возникновением обстоятельств непреодолимой силы.

4.5. Отсутствие ожидаемого результата не является основанием для признания услуги, оказанной ненадлежащим образом, если Исполнитель оказал услуги на высоком профессиональном уровне в соответствии с условиями настоящего Договора.

#### **5. Срок действия договора. Прочие условия.**

5.1. Договор вступает в силу с даты его подписания обеими сторонами и действует до момента исполнения сторонами взятых на себя обязательств.

5.2. Все изменения и дополнения в условия настоящего договора вносятся только письменным соглашением сторон.

5.3. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

5.4. Все споры и разногласия, которые могут возникнуть при исполнении настоящего договора, стороны постараются урегулировать путем переговоров, а в случае не достижения соглашения, стороны передают спор на рассмотрение в суд общей юрисдикции Пролетарского района г. Ростова-на-Дону.

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

#### **6. Заключительное положение.**

6.1. Настоящим Заказчик подтверждает, что до подписания настоящего Договора он ознакомлен с условиями оказания медицинских услуг, а равно с перечнем, стоимостью и информацией о возможных осложнениях и особенностях реабилитационного периода.

6.2. Медицинские услуги не оказываются в случае противопоказаний или обстоятельств препятствующих оказанию услуг по настоящему Договору.

6.3. Заказчик настоящим подтверждает, что он ознакомился и согласен с правилами и условиями медицинского обслуживания в ООО «Бест Клиник» и обязуется соблюдать их.

6.4. Заказчик уведомлен, что несоблюдение указаний, рекомендаций Исполнителя, режима лечения могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Заказчика.



6.5. Заказчик уведомлен, что возможные осложнения или последствиях связанных с естественным старением организма, а так же неоправданные субъективные ожидания пациента от эстетических изменений тела не являются основанием для одностороннего расторжения договора и возврата денежных средств за указанную услугу.

### 7. Реквизиты и подписи сторон.

#### ИСПОЛНИТЕЛЬ:

**Исполнитель:**

ООО «Бест Клиник»

<http://don-medica.ru>

Юридический адрес: 344019, Российская Федерация,

Ростовская область, г. Ростов-на-Дону, пр. Шолохова, 64а

**ИНН** 6163107696, **КПП** 616701001, **ОГРН** 1116195004727, **ОКПО**

68789826, **ОКВЭД** 85.12

р/с 40702810403800000529 в ОАО КБ «Центр-Инвест»

г. Ростов -на- Дону, ул. Сержантова, 5.

**БИК** 046015762

к/с 30101810100000000762

тел./факс (863) 200-32-08, 200-32-14, 200-32-15.

Генеральный директор: \_\_\_\_\_ /Л.А.Вовченко/

#### ЗАКАЗЧИК:

**Заказчик (Пациент):**

ФИО \_\_\_\_\_

Паспорт: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Номер

телефона: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_

Приложение № 1  
к Договору № \_\_\_\_ об оказании платных  
медицинских услуг от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.







**Лист ознакомления Заказчика с документами и информацией об Исполнителе**

ООО «Бест Клиник», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Л.А. Вовченко, действующего на основании Устава Общества с одной стороны, и физическое лицо

\_\_\_\_\_  
именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик» подтверждают, что при заключении настоящего Договора «Заказчик» ознакомлен Исполнителем со следующими документами и информацией согласно перечню:

1. Полное наименование Исполнителя: Общество с ограниченной ответственностью «Бест Клиник», сокращенное наименование: ООО «Бест Клиник»; адрес места нахождения: 344037, Российская Федерация, Ростовская область, г. Ростов-на-Дону, пр. Шолохова, 64а, зарегистрировано Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 25 по Ростовской области.
2. Лицензия № ЛО-61-01-007815 от 11.08.2020 года, выдана Министерством Здравоохранения Ростовской области, расположено по адресу: г. Ростов-на-Дону, ул. 1-ой Конной Армии, 33;
3. Медицинские услуги, оказываемые Исполнителем Заказчику указанные в Приложении №1 к настоящему Договору об оказании платных медицинских услуг, не входят в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.
4. Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.
5. Правилами внутреннего распорядка, установленные в учреждении Исполнителя.
6. Перечнем платных медицинских услуг с указанием цен в рублях, сведениями об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты.
7. Сведениями о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации.
8. Режимом работы медицинской организации, графиком работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг.
9. Адресами и телефонами 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.

**ИСПОЛНИТЕЛЬ:**

Генеральный директор  
ООО «Бест Клиник»

\_\_\_\_\_/Л.А. Вовченко/

**ЗАКАЗЧИК:** Я ознакомлен(а) с документами и информацией об исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах, их содержание мне понятно.

\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_  
ФИО



**Лист уведомления Заказчика с информацией об возможные осложнениях или  
последствиях связанных с естественным старением организма, а так же субъективных  
ожиданиях пациента в связи с эстетическими изменений тела**

Общество с ограниченной ответственностью «Бест Клиник», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Л.А. Вовченко, действующего на основании Устава общества с одной стороны, и физическое лицо

\_\_\_\_\_  
именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик» (Пациент) подтверждают, что при заключении настоящего Договора об оказании платных медицинских услуг от, «Заказчик» (Пациент) ознакомлен Исполнителем со следующей информацией:

1. Существует вероятность возникновения непредвиденных осложнений как в ходе проведения оперативного вмешательства, после, так и во время реабилитационного периода.
2. Осложнения от оперативного вмешательства могут быть легко и быстро устранимые на безвозмездной основе за счет средств и сил «Исполнителя», так и продолжительными, требующими повторного оперативного вмешательства с дополнительными финансовыми расходами со стороны «Заказчика»
3. Существует высокая вероятность корректировки или повторной операции по прошествии времени от одного года до пяти лет, после оказанной услуги в связи с естественными процессами старения организма и это считается нормальным последствием, после первичного оперативного вмешательства.
4. Процесс реабилитации может требовать дополнительного медикаментозного сопровождения и наблюдения у врача.
5. Неоправданные ожидания Пациента по эстетическому изменению тела не являются основанием для возврата денежных средств по договору об оказании платных медицинских услуг.
6. Окончательный видимый эстетический результат может быть отсрочен во времени и связан с индивидуальными особенностями организма пациента.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Подпись / ФИО

**ИСПОЛНИТЕЛЬ:**

Генеральный директор  
ООО «Бест Клиник»

\_\_\_\_\_/Л.А. Вовченко/

**ЗАКАЗЧИК: Я ознакомлен(а) с информацией о возможных осложнениях или  
последствиях оперативного вмешательства, их содержание мне понятно.**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Подпись / ФИО

**Информированное добровольное согласие на анестезиологическое обеспечение  
медицинского вмешательства**

Я \_\_\_\_\_

- Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов; обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

- Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства, а также о том, что предстоит мне делать во время его проведения;

- Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и понимаю, что проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода;

- Мне разъяснено и я осознаю, что во время анестезиологического пособия могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае, я согласен (согласна) на то, что вид и тактика анестезиологического пособия может быть изменена врачами по их усмотрению;

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства в предложенном объеме.

О последствиях \_\_\_\_\_  
и возможных осложнениях при выполнении анестезии и связанных с ними риском информирован (информирована) врачом анестезиологом-реаниматологом:

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество врача анестезиолога-реаниматолога)

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года Подпись пациента \_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии:  
Врач \_\_\_\_\_  
(должность, И.О. Фамилия)

**ПРИМЕЧАНИЕ:**

Согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения с учетом состояния здоровья пациента. При отсутствии законных представителей решение об анестезиологическом обеспечении медицинского вмешательства принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно анестезиолог-реаниматолог и лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача/начальника а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача и законных представителей. В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос об анестезиологическом обеспечении при проведении медицинского вмешательства в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно врач анестезиолог-реаниматолог и лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача/начальника а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача.

Дополнительная информация:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года Подпись пациента \_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии:  
Врач \_\_\_\_\_  
(должность, И.О. Фамилия)

Консилиум врачей в составе:  
Должность, Ф.И.О. и подпись \_\_\_\_\_  
Должность, Ф.И.О. и подпись \_\_\_\_\_  
Должность, Ф.И.О. и подпись \_\_\_\_\_

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года



**Добровольное согласие пациента на лабораторно-диагностические исследования при  
инвазивных вмешательствах**

- Я \_\_\_\_\_  
находясь на лечении в ООО «Бест Клиник» добровольно даю свое согласие прохождение платного лабораторно-диагностического исследования при инвазивных вмешательствах:
- **Забор венозной крови на лабораторное исследование,**
  - **Забор мазков/соскобов**
  - **Забор кала, мочи и других сред на лабораторные исследования**
1. Я информирован/(а) о целях, характере, неблагоприятных эффектах планируемого инвазивного вмешательства, согласен(на) всеми подготовительными и сопровождающими возможными анестезиологическими и другими медицинскими мероприятиями, а также с необходимыми побочными вмешательствами.
  2. Я предупрежден(а), что во время инвазивного вмешательства могут возникнуть непредвиденные обстоятельства, риски и осложнения и понимаю, что это может включать нарушения со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, что это связано с непреднамеренным причинением вреда здоровью. В таком случае, я согласен(на) на применение врачами/медицинскими работниками всевозможных методов лечения, направленных на устранение вышеуказанных осложнений.
  3. В случае отсутствия направления от врача, я подтверждаю, что согласен(на) с рекомендованными мне исследованиями, указанными в чеке-направлении, и претензий по обоснованности их назначения предъявлять не буду.
  4. Я имел(а) возможность задавать любые вопросы врачу/медицинским работникам клинично-диагностической лаборатории ООО «Бест Клиник», и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.
  5. Я гарантирую 100 % оплату платных лабораторно-диагностических исследований объемом, которых определяется назначением лечащего врача, согласно утвержденному прейскуранту цен на медицинские услуги ООО «Бест Клиник»

«\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, \_\_\_\_\_  
В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Клиника Милано» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ДМС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанными сохранить врачебную тайну.

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

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

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе с моими персональными данными со страховой медицинской организацией с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара, пять лет – для поликлиники)

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

Настоящие согласие дано мной в момент подписания данного согласия и действует бессрочно.

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

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

Контактные телефоны: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Пациент: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

\_\_\_\_\_  
(Расшифровка)

Дата: «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.



**Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство, в т.ч. переливание крови и ее компонентов**

Я \_\_\_\_\_  
находясь на лечении в ООО «Бест Клиник» добровольно даю свое согласие на проведение мне  
операции: \_\_\_\_\_

и прошу персонал медицинского учреждения о ее проведении. Подтверждаю, что я ознакомлен (ознакомлена) с характером  
предстоящей мне (представляемому) операции. - Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего оперативного лечения.

- Мне разъяснено и я осознаю, что во время операции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком  
случае я согласен (согласна) на то, что ход операции может быть изменен врачами по их усмотрению

- Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с риском потери крови,  
возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма,  
непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

- Я предупрежден (предупреждена), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч. в связи с возможными  
послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это.

- Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или  
индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах,  
операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым  
путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на  
меня

(представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и  
ее компонентов. Сообщила (сообщил) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических  
токсических средств.

- Я знаю, что во время операции возможна потеря крови и даю согласие на переливание донорской или ауто (собственной) крови ее  
компонентов.

- Я согласен (согласна) на запись хода операции на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием  
исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

- Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени  
риска и пользе оперативного вмешательства, в т.ч. переливаний  
донорской или ауто (собственной) крови и/или ее компонентов и врач  
дал понятные мне исчерпывающие ответы.

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены,  
мною поняты и добровольно даю свое согласие .

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года Подпись пациента \_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии:

Врач \_\_\_\_\_

**ПРИМЕЧАНИЕ:**

Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном  
законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием  
Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения  
им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске,  
возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум, а при невозможности  
собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача/начальника выходные,  
праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача и законных представителей. В случаях, когда  
состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос  
о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий  
(дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача/начальника, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное  
время - ответственного дежурного врача.

Дополнительная информация:

\_\_\_\_\_

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года Подпись пациент \_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии:

Врач \_\_\_\_\_  
(должность, И.О. Фамилия)

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись \_\_\_\_\_

Должность, Ф.И.О. и подпись \_\_\_\_\_

Должность, Ф.И.О. и подпись \_\_\_\_\_

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года