

г. Челябинск

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 г.

Общество с ограниченной ответственностью «Гастроэнтерологическая практика Уфимцева К.А.» (сокращённое наименование ООО «Гастропрактика Уфимцева К.А.» в лице директора Уфимцева Константина Анатольевича, действующего на основании Устава и лицензии, указанной в п. 2.1. настоящего договора, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны и

именуемый в дальнейшем «Пациент или Потребитель», с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

### 1. Предмет договора.

1.1. Пациент поручает Исполнителю, а Исполнитель обязуется оказать Пациенту платные медицинские услуги (далее – Услуги), связанные с оказанием платных медицинских услуг, а именно: \_\_\_\_\_

направленные на профилактику, диагностику, лечение заболеваний, в соответствии с перечнем платных медицинских услуг, оказываемых Исполнителем, а Пациент обязуется оплатить эти услуги. Перечень услуг, стоимость, сроки и порядок их оплаты, а так же условия и сроки предоставления услуг определяются сторонами в соответствии с условиями настоящего договора.

1.2. Подписывая настоящий договор, Пациент подтверждает, что ознакомлен с перечнем платных медицинских услуг, оказываемых исполнителем.

1.3. Подписывая настоящий договор, Пациент подтверждает, что до его сведения доведены в наглядной и доступной форме «Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утверждённые Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006.

1.4. Подписывая настоящий договор Потребитель подтверждает, что уведомлён в письменной форме о том, что несоблюдение указаний (назначений) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе по назначению обследования, лечения, лечебно-охранительного режима и иных рекомендаций по режиму лечения могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

### 2. Сведения об исполнителе.

2.1. Свидетельство о государственной регистрации Исполнителя в качестве юридического лица, ОГРН 2107451116287 от 25.06.2010 года ИФНС по Советскому району г. Челябинска и Лицензия Исполнителя на осуществление медицинской деятельности № Л041-01024-74/00574060 от 30 августа 2017 года, выдана Министерством здравоохранения Челябинской области, по адресу: 454091, Город Челябинск, Улица Пушкина, дом № 73-А, офис 2.

### 3. Условия и сроки предоставления услуг.

3.1. Срок оказания услуги определяется датой и временем обращения пациента к исполнителю. Услуги, зависящие от состояния здоровья Пациента, объема и вида (метода) медицинского вмешательства, могут оказываться только по предварительной записи в соответствии с графиком приёма пациентов, осуществляемой как при непосредственном обращении, так и по телефону.

3.2. Дата и время оказания услуг пациенту назначается исполнителем по согласованию с пациентом и зависит от состояния здоровья Пациента, объема и вида (метода) медицинского вмешательства. В случае длительного лечения, предполагающего этапность и составление медицинского плана, ориентировочные сроки фиксируются в медицинском плане лечения (в медицинской карте). Сроки оказания Услуг могут определяться в виде назначения лечащим врачом даты или срока явки на очередной прием и указываться в медицинской карте Пациента.

3.3. Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве – требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида. В случае если федеральным законом, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг, качество предоставляемых платных медицинских услуг должно соответствовать этим требованиям.

3.4. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

3.5. Исполнитель предоставляет потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию: о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения; об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

3.6. Исполнитель обязан 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.

### 4. Перечень услуг, стоимость, срок и порядок их оплаты.

4.1. Перечень услуг и их стоимость определяется по желанию пациента в момент обращения пациента к исполнителю и фиксируется в счёте на оплату. Если в ходе оказания услуг пациенту с его согласия оказаны дополнительные услуги, пациент обязуется оплатить их согласно условий п. 4.4. настоящего договора.

4.2. Стоимость услуг исполнителя зафиксирована в перечне платных медицинских услуг исполнителя.

4.3. Перечень услуг так же может быть зафиксирован сторонами в медицинской карте пациента.

4.4. Оплата услуг исполнителя производится пациентом в день оказания услуги в рублях РФ в кассу исполнителя в наличной форме либо в форме безналичного расчёта. Расчёт за оказанные услуги производится либо перед оказанием услуги, либо сразу после её оказания.

4.5. По факту оплаты пациенту выдаётся контрольно-кассовый чек, квитанция или иной документ, предусмотренный действующим законодательством.

4.6. В случае если во время оказания услуг пациент отказывается от выполнения услуг и оказание услуги в дальнейшем становится невозможным, то пациент обязан возместить исполнителю фактически понесённые исполнителем расходы, связанные с исполнением услуги.

ИСПОЛНИТЕЛЬ \_\_\_\_\_ Уфимцев К.А.

ПАЦИЕНТ \_\_\_\_\_

## 5. Права и обязанности сторон.

### 5.1. Исполнитель обязуется:

- в течение всего срока действия настоящего договора оказывать Пациенту медицинские услуги по видам деятельности, указанным в лицензии Исполнителя, а Пациент обязуется принимать и оплачивать оказанные услуги в сроки и порядке, установленные настоящим договором, а также выполнять предусмотренные договором требования, обеспечивающие качественное предоставление услуг;
- оказать Пациенту консультативную и лечебную помощь в необходимом объеме, в сроки, рекомендуемые медико-экономическими стандартами или индивидуальными особенностями течения заболевания;
- ознакомить Пациента с диагнозом, прогнозом и возможными методами лечения;
- информировать Пациента о прогнозе и возможных побочных эффектах метода лечения;
- провести Пациенту лечение, соответствующее его заболеванию;
- определить, при необходимости, сроки повторных консультаций и исследований;
- соблюдать конфиденциальность личности Пациента, его обращение за медицинской помощью, диагноз заболевания во время, и после проведения лечения, за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ.

### 5.2. Исполнитель имеет право:

- с целью контроля качества оказания медицинской помощи проводить видеозапись и аудиозапись интервью и лечебных сеансов с согласия Пациента для анализа работы и выработки тактики терапии;
- привлекать сторонние организации для оказания дополнительных медицинских услуг;
- расторгнуть настоящий договор в одностороннем порядке в случае самовольного прекращения Пациентом обязательного курса лечения или неявки пациента на повторные консультации и поддерживающие сеансы без уважительных причин, либо в случае нарушения пациентом условий настоящего договора;
- однократная неявка Пациента без уважительной причины и без предупреждения об этом Исполнителя за 24 часа, рассматривается как отказ Пациента от исполнения договора.

### 5.3. Пациент обязуется:

- пройти назначенный ему врачом курс лечения в полном объеме;
- до оказания услуги сообщать исполнителю всю информацию, необходимую для надлежащего оказания услуг;
- до оказания услуг сообщить исполнителю обо всех известных и имеющихся, перенесённых заболеваниях, аллергических реакциях на лекарственные препараты, на материалы из которых изготовлены изделия медицинского назначения, продукты питания и т.д., а так же об иных особенностях своего организма;
- соблюдать условия настоящего договора и иные условия, о которых пациенту стало известно при заключении настоящего договора;
- соблюдать режим трезвости, а именно, не употреблять до, во время и после приёма спиртные напитки, наркотические средства, психотропные вещества, токсические вещества;
- соблюдать режим повторных консультаций, рекомендованных Исполнителем. В случае невозможности явки, Пациент обязуется предупредить об этом Исполнителя не позднее 24 часов до назначенной встречи;
- своевременно обращаться за консультацией при отсутствии стойкого результата лечения;
- выполнять рекомендации Исполнителя во время лечения и после его окончания;
- сообщать сразу же по поводу самостоятельного или кем-то рекомендованного изменения или расширения лечения;
- оплатить стоимость медицинских услуг по мере их предоставления согласно условий настоящего договора;
- соблюдать иные условия, предусмотренные действующим законодательством.

### 5.4. Пациент имеет право:

- выбирать сам себе курс и методику лечения из альтернативных курсов и методов, предложенных ему лечащим врачом;
- выбирать лечащего врача по своему усмотрению, даже в процессе проведения лечебно-диагностических мероприятий;
- отказаться от лечения и рекомендаций лечащего врача без объяснения причин;
- отказаться от исполнения настоящего договора в любое время при условии оплаты Исполнителю оказанных услуг и фактически понесённых им расходов, согласно действующему на тот момент Прейскуранту цен Исполнителя.
- на информацию об исполнителях медицинских услуг (квалификация, ученая степень, наличие лицензии и сертификата специалиста и т.д.);
- позвонить лечащему врачу по всем вопросам, касающимся лечения или обследования, в период расписания лечащего врача. Если врач в этот момент занят или не может ответить по телефону, то пациент диктует свою фамилию имя отчество и телефон для связи администраторам и врач перезвонит, как только будет свободен для ответного звонка;
- на качественное, своевременное и безопасное оказание медицинских услуг в заранее оговоренные время и месте;
- на получение неотложной медицинской помощи, только по особым показаниям (острый болевой синдром, острое ухудшение состояния здоровья) без записи, без предварительного уведомительного звонка, к любому врачу – у которого есть свободное время на данный период, на данный прием выделяется 5-7 минут.

## 6. Ответственность сторон.

- В соответствии с законодательством РФ стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора.
- В случае, когда невозможность исполнения настоящего договора возникла по обстоятельствам, за которые отвечает Пациент, а также в следствии неисполнения, ненадлежащего исполнения пациентом условий настоящего договора, Пациент возмещает Исполнителю фактически понесённые Исполнителем расходы.
- В случае невыполнения Пациентом требований и рекомендаций лечащего врача Исполнитель вправе расторгнуть настоящий договор в одностороннем порядке.
- Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или не надлежащее исполнение настоящего договора, если это произошло вследствие непреодолимой силы или по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

## 7. Срок действия договора, порядок его расторжения и прочие условия.

- Настоящий договор вступает в силу с даты его подписания и действует в течении одного года. По истечении этого срока, если ни одна из сторон не заявила, в письменном виде, о намерении изменений условий договора, то срок действия договора становится бессрочным.
- Настоящий договор может быть расторгнут по соглашению сторон в любое время.
- В случае отказа пациента после заключения настоящего договора от получения медицинских услуг, настоящий договор считается расторгнутым, при этом, пациент оплачивает исполнителю фактически понесённые исполнителем расходы.
- При наличии претензий к оказанным услугам Пациент обязан в тот же день информировать об этом исполнителя. Все претензии и споры по настоящему договору разрешаются путём переговоров. Если возникшие разногласия не удаётся решить путём переговоров, споры разрешаются в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством РФ.

- 7.5. Пациент уведомлён о порядке получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи (медицинских услуг) без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
- 7.6. Подписывая настоящий договор, пациент подтверждает, что все положения настоящего договора им прочитаны, ему разъяснены и понятны.
- 7.7. Настоящий договор составлен в двух идентичных экземплярах, по одному для каждой из сторон.

#### 8. Информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства:

- 8.1. В рамках настоящего договора Пациент, получив от сотрудников Исполнителя полную информацию о возможности и условиях предоставления платных медицинских услуг, дает свое добровольное согласие на их оказание и готовность их оплатить.
- 8.2. Пациенту разъяснено, что он может получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.
- 8.3. Пациенту разъяснено, что проводимое лечение не гарантирует 100% результат излечения, и в этом случае право на возврат затраченных на медицинскую услугу денежных средств у него отсутствует.
- 8.4. Пациент согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Исполнитель не несет ответственности за их возникновение.
- 8.5. Пациент проинформирован, что по поводу имеющегося у него заболевания может получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, но подтверждает свое добровольное согласие на получение указанной медицинской услуги у Исполнителя.

Пациент: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
 \_\_\_\_\_  
 Роспись и расшифровка пациента

#### 9. Согласие на обработку персональных данных.

- 9.1. В соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку Исполнителем (оператором) 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 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 (оператором) мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицом Исполнителя (оператора), в интересах моего обследования и лечения. Предоставляю Исполнителю (оператору) право осуществлять все действия с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Исполнитель (оператор) вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в медицинскую карту амбулаторного больного, включая в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных договором ДМС. Исполнитель имеет право во исполнение своих обязательств по договору ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями с использованием бумажных, 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 25 лет. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Исполнителя (оператора) заказным письмом с уведомлением либо вручен лично Исполнителю (оператору). В этом случае Исполнитель (оператор) обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Пациент: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
 \_\_\_\_\_  
 Роспись и расшифровка пациента

#### 10. Реквизиты и подписи сторон.

**Исполнитель:**

ООО «Гастропрактика Уфимцева К.А.»  
 ИНН/КПП 7453171134/745101001

ОГРН 1067453078384

Адрес: 454091, г. Челябинск, ул. Пушкина, д. 73-А, оф. 2.  
 р/сч 40702810472000027983 в Челябинском отделении №  
 8597 г. Челябинска, БИК 047501602

к/сч 30101810700000000602

Тел.: 222-40-22, единый

E-mail: [gastro74@mail.ru](mailto:gastro74@mail.ru). Сайт: [www.gastro74.ru](http://www.gastro74.ru)

**Пациент:**

ФИО: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дата рождения: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года.

Паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

Зарегистрирован: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Тел.: + 7 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Директор: \_\_\_\_\_ /К.А. Уфимцев/ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Лечащий врач: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
 \_\_\_\_\_ Роспись \_\_\_\_\_ ФИО врача

ИСПОЛНИТЕЛЬ \_\_\_\_\_ Уфимцев К.А.

ПАЦИЕНТ \_\_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие на виды платных медицинских вмешательств, в  
Обществе с ограниченной ответственностью «Гастроэнтерологическая практика Уфимцева К.А.»**

г. Челябинск.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2023 года

В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, №48, ст.6724), Приказом Министерства здравоохранения и социального развития от 23.04.2012 № 390н (зарегистрирован в Минюсте России 05.05.2012 № 24082) «Об утверждении перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи», Приказом Минздрава России от 20.12.2012 № 1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства» (Зарегистрирован в Минюсте России 28.06.2013 № 28924 Уставом организации, осуществляющей медицинскую деятельность, я,:

**Ф.И.О. пациента полностью, год рождения, место регистрации/жительства, если последнее не совпадает с регистрацией** выбираю медицинскую организацию ООО «Гастроэнтерологическая практика Уфимцева К.А.» для получения первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи и даю свое информированное добровольное согласие на следующие виды медицинских вмешательств, в том числе включенных в [Перечень](#) определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н

Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза жизни, болезни, социального:

1. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация; фарингоскопия, осмотр полости рта, языка, осмотр и пальпация молочных желез (для женщин), вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
2. Антропометрические исследования (измерения массы тела, роста, объёма груди, талии, бедер, запястья, размеров таза и др.), термометрия, тонометрия, исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы),
3. Лабораторные методы обследования (таких как определение группы крови и резус фактора, определение антител к Треропета pallidum в крови, антител на ВИЧ, антитела и ПЦР при вирусных гепатитах (А, В, С, D, E, G, ТТ и т.д.), а также другие клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические, молекулярно-биологические на ПЦР-диагностику, уреазный дыхательный тест, микроскопические исследования, в т. ч. на чувствительность к антибиотикам, цитологические, гистологические, на забор соответствующих анализов, включая кровь из пальца, из вены, моча катетером, **проведение кожных аллергических проб**;
4. Эндоскопические исследования, ФГДС и ФКС с биопсией, с условием специального ИДС, и прочие методы забора биологического материала.
5. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления и электрокардиограммы, ультразвуковые исследования (УЗИ) всех органов и систем.
10. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в т. ч. внутримышечно, внутривенно, подкожно, в/кожно.
11. Медицинский массаж, **косметологические услуги**. Лечебная физкультура, **занятия йогой, другими видами гимнастик** и различные методы физиотерапии.
- 13 Сеансы психотерапии, **психоанализа** и сеансы телесно-ориентированной терапии.

Медицинским работником в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанных 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 [ч. 9 ст. 20](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ

Я доверяю получать сведения, содержащие врачебную тайну о состоянии моего здоровья в соответствии с п. 5 [ч. 3 ст. 19](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». **НИКОМУ / Если есть такое лицо, указать полностью его ФИО**

Мне доступно разъяснены суть, порядок получения первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи, даны ответы на все заданные мною вопросы.

Я четко осознаю, что самостоятельная и неквалифицированная интерпретация результатов обследований, анализов, результатов УЗИ обследования, самолечение может привести к ошибкам с неблагоприятными последствиями для моей жизни и здоровья. Я информирован(а) и понимаю, что необходима консультация врача-специалиста (специалистов) для оценки результатов проведенных обследований. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) выполнять все назначения и рекомендации медицинских работников.

Пациент \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ПОЛНОСТЬЮ)

Подпись \_\_\_\_\_ Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202 \_\_\_\_\_ г.

Я подтверждаю, что доступно разъяснил(а) пациентке (пациенту) суть, порядок получения медико-санитарной помощи, дал(а) ответы на все заданные вопросы

Медицинский работник \_\_\_\_\_

(Должность, Ф.И.О.)

Подпись \_\_\_\_\_ Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202 \_\_\_\_\_ г.

ИСПОЛНИТЕЛЬ \_\_\_\_\_ Уфимцев К.А.

ПАЦИЕНТ \_\_\_\_\_