

Утверждаю:

Директор
ООО «ГЦКЗ»
Тигеева А.Н.



10 сентября 2023г.

**Положение о порядке предоставления
платных медицинских услуг
в ООО «ГЦКЗ»**

Тюмень 2023г.

I. Общие положения

1.1. Настоящие Правила определяют порядок и условия предоставления доврачебной медицинской помощи по медицинской оптике, сестринскому делу и амбулаторно-поликлинической медицинской помощи по офтальмологии. Платные медицинские услуги ООО «Городской центр коррекции зрения» (ООО «ГЦКЗ») предоставляются на основе лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения № ЛО41-01107-72/00338598 от 16.01.2020 года.

1.2. Платные медицинские услуги пациентам осуществляются в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023г. № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства РФ и признании утратившим силу Постановления Правительства РФ от 04.10.2012г. № 1006».

1.3. Для целей настоящих Правил используются следующие основные понятия:

«платные медицинские услуги» - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования (далее - договоры);

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

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

«исполнитель» медицинская организация независимо от организационно-правовой формы, а также индивидуальный предприниматель, оказывающие платные медицинские услуги в соответствии с договором.

II. Условия предоставления платных медицинских

2.1. При заключении договора потребителю и (или) заказчику предоставляется в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы.

2.2. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается:

а) в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

б) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;

в) на основе клинических рекомендаций;

г) с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее - стандарт медицинской помощи).

2.3. ООО «ГЦКЗ» имеет право предоставлять платные медицинские услуги по желанию потребителя (заказчика), при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг.

2.4. Порядок определения цен (тарифов) на медицинские услуги ООО «ГЦКЗ» определяются на основании калькуляции с учетом всех расходов, связанных с предоставлением этих услуг.

2.5. Платные медицинские услуги должны соответствовать номенклатуре медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут

предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию потребителя и (или) заказчика.

III. Информация об исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах

3.1. ООО «ГЦКЗ» предоставляет посредством размещения на сайте медицинской организации **gazoptika.ru** в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет", а также на информационных стендах (стойках) медицинской организации информацию, содержащую следующие сведения:

- а) адрес юридического лица в пределах места нахождения юридического лица (территориально обособленного структурного подразделения юридического лица), основной государственный регистрационный номер, идентификационный номер налогоплательщика;
- б) адрес своего сайта в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" (далее - сеть "Интернет");
- в) перечень платных медицинских услуг соответствующих номенклатуре медицинских услуг, с указанием цен в рублях,
- г) информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.
- д) сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности (ее номере, сроках действия, а также информация об органе, выдавшем указанную лицензию).
- е) сроки ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, в случае участия исполнителя в реализации территориальной программы;
- в) стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги, путем размещения на сайте исполнителя ссылок на "Официальный интернет-портал правовой информации" (www.pravo.gov.ru) и официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации, на котором размещен рубрикатор клинических рекомендаций, а также путем размещения указанных ссылок на информационных стендах;
- г) сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг;
- д) сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;
- е) график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- ж) образцы договоров;
- з) перечень категорий потребителей, имеющих право на получение льгот, а также перечень льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг, в случае их установления руководителем медицинской организации частной системы здравоохранения;

3.2. Информация, размещенная на информационных стендах (стойках) и на сайте медицинской организации в сети "Интернет", доступна в наглядной и доступной форме неограниченному кругу лиц.

3.3. Исполнитель представляет для ознакомления по требованию потребителя и (или) заказчика выписку из единого государственного реестра юридических лиц.

3.4. При заключении договора потребителю и (или) заказчику предоставляется в доступной форме информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

а) порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

б) информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);

в) другие сведения, относящиеся к предмету договора.

3.5. ООО «ГЦКЗ» по требованию потребителя обязаны предоставить подтверждение своих полномочий, вытекающих из заключенного ими договора с изготовителем (продавцом).

3.6. Обращения или жалобы могут быть направлены потребителем и (или) заказчиком в письменной форме путем направления на адрес электронной почты: zao_gpo@mail.ru и/ или официальный сайт организации: gazoptika.ru.

3.7. Поступившие обращения и жалобы рассматриваются в установленные Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей".

3.8. В договоре должна содержаться информация об уведомлении потребителя и (или) заказчика о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в ООО «ГЦКЗ».

IV. Порядок заключения договора и оплаты медицинских услуг

4.1. Договор заключается потребителем (заказчиком) и исполнителем в письменной форме.

4.2. Договор содержит следующую информацию:

4.2.1. наименование медицинской организации - юридического лица, адрес юридического лица в пределах его места нахождения, основной государственный регистрационный номер и идентификационный номер налогоплательщика;

4.2.2. сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности, информация о лицензии на осуществление медицинской деятельности, ее номере, сроках действия, а также информация об органе, выдавшем лицензию, перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией;

4.2.3. сведения о потребителе (при оказании платных медицинских услуг гражданину анонимно сведения фиксируются со слов потребителя услуги):

4.2.4. фамилия, имя и отчество (при наличии), адрес места жительства, иные адреса, на которые (при их указании в договоре) исполнитель может направлять ответы на письменные обращения, и телефон;

4.2.5. данные документа, удостоверяющего личность;

4.2.6. сведения о законном представителе потребителя или лице, заключающем договор от имени потребителя:

4.2.7. фамилия, имя и отчество (при наличии), адрес места жительства и телефон;

4.2.8. данные документа, удостоверяющего личность;

4.2.9. сведения о заказчике (в том числе если заказчик и законный представитель являются одним лицом):

4.2.10. фамилия, имя и отчество (при наличии), адрес места жительства и телефон заказчика -

физического лица;

4.2.11. данные документа, удостоверяющего личность заказчика;

4.2.12. данные документа, удостоверяющего личность законного представителя потребителя;

4.2.13. наименование и адрес заказчика - юридического лица в пределах его места нахождения, основной государственный регистрационный номер и идентификационный номер налогоплательщика;

4.2.14. перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором;

4.2.15. стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты;

4.2.16. условия и сроки ожидания платных медицинских услуг;

4.2.17. сведения о лице, заключающем договор от имени исполнителя:

фамилия, имя, отчество (при наличии);

должность;

документ, подтверждающий полномочия указанного лица;

4.2.18. подписи исполнителя и потребителя (заказчика), а в случае если заказчик является юридическим лицом, - должность лица, заключающего договор от имени заказчика;

4.2.19. ответственность сторон за невыполнение условий договора;

4.2.20. порядок изменения и расторжения договора;

4.2.21. порядок и условия выдачи потребителю (законному представителю потребителя) после исполнения договора исполнителем медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы;

4.2.22. иные условия, определяемые по соглашению сторон.

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

4.4. Договор составляется в 3-х экземплярах, один из которых находится у исполнителя, второй - у заказчика, третий - у потребителя.

В случае если договор заключается потребителем и исполнителем, он составляется в 2 экземплярах (кроме случаев заключения договора дистанционным способом).

Договор хранится в порядке, определенном законодательством Российской Федерации об архивном деле в Российской Федерации.

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

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

Без оформления дополнительного соглашения к договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости исполнитель не вправе

предоставлять медицинские услуги на возмездной основе, если иное не оговорено в основном договоре.

4.7. При предоставлении платных медицинских услуг расходы, связанные с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме, возмещаются медицинским организациям в порядке и размерах, которые установлены органами государственной власти субъектов Российской Федерации в рамках территориальных программ в соответствии с пунктом 10 части 2 статьи 81 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

4.8. В случае отказа потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом потребитель и (или) заказчик оплачивают исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

4.9. Потребитель и (или) заказчик обязаны оплатить оказанную исполнителем медицинскую услугу (выполненную работу) в порядке и сроки, которые установлены договором.

4.10. Медицинская организация выдает кассовый чек, подтверждающий факт осуществления расчета при применении контрольно-кассовой техники.

4.11. В целях защиты прав потребителя медицинская организация по обращению потребителя выдает следующие документы, подтверждающие фактические расходы потребителя и (или) заказчика на оказанные медицинские услуги и (или) приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения:

а) копия договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения);

б) справка об оплате медицинских услуг по установленной форме;

в) рецептурный бланк с проставленным штампом "Для налоговых органов Российской Федерации, идентификационный номер налогоплательщика", заверенный подписью и личной печатью врача, печатью медицинской организации;

г) кассовый чек подтверждающие оплату лекарственных препаратов.

4.12. Заключение договора и оплата медицинских услуг заказчиком в случаях, если заказчик выступает страховщиком по добровольному медицинскому страхованию потребителя, осуществляются в порядке, предусмотренном настоящим разделом, в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации и Законом Российской Федерации "Об организации страхового дела в Российской Федерации".

V. Порядок предоставления платных медицинских услуг

5.1. Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям договора. В случае если федеральным законом или иными нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг, качество предоставляемых платных медицинских услуг должно соответствовать этим требованиям.

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

5.3. Исполнитель обязан при предоставлении платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

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

а) 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;

б) 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, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

5.5. При предоставлении платных медицинских услуг гражданам иностранных государств (нерезидентам) исполнитель обеспечивает передачу сведений об осуществлении медицинской деятельности в отношении нерезидентов в соответствии с указаниями Центрального банка Российской Федерации.

5.6. При оказании платных медицинских услуг обязанность исполнителя по возврату денежной суммы, уплаченной потребителем и (или) заказчиком по договору, возникает в соответствии с главой III Закона Российской Федерации "О защите прав потребителей".

5.7. Оплата медицинской услуги потребителем и (или) заказчиком путем перевода средств на счет третьего лица, указанного исполнителем (в письменной форме), не освобождает исполнителя от обязанности осуществить возврат уплаченной потребителем и (или) заказчиком суммы как при отказе от исполнения договора, так и при оказании медицинских услуг (выполнении работ) ненадлежащего качества, в соответствии с Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей".

VI. Особенности оказания медицинских услуг (выполнения работ) при заключении договора дистанционным способом

6.1. Договор может быть заключен посредством использования сети "Интернет" через сайта организации на основании ознакомления потребителя и (или) заказчика с предложенным исполнителем описанием медицинской услуги (дистанционный способ заключения договора).

6.2. При заключении договора дистанционным способом потребителю предоставляется возможность ознакомиться со следующей информацией:

а) наименование (фирменное наименование) медицинской организации;

б) основной государственный регистрационный номер исполнителя;

в) номера телефонов и режим работы исполнителя;

г) идентификационный номер налогоплательщика;

д) информация об оказываемой услуге (выполняемой работе), предусмотренная статьей 10 Закона Российской Федерации "О защите прав потребителей";

е) способы оплаты услуги (работы);

ж) сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности (номер лицензии, сроки ее действия, а также информация об органе, выдавшем указанную лицензию);

з) адреса, в том числе адреса электронной почты, по которым принимаются обращения (жалобы) и требования потребителей и (или) заказчиков.

6.3. Указанная в пункте 6.2. настоящих Правил информация или ссылка на нее размещается на главной странице сайта исполнителя в сети "Интернет".

6.4. Договор с потребителем и (или) заказчиком считается заключенным со дня оформления потребителем и (или) заказчиком соответствующего согласия (акцепта), в том числе путем совершения действий по выполнению условий договора, включая внесение частично или полностью оплаты по договору с учетом положений статей 16.1 и 37 Закона Российской Федерации "О защите прав потребителей".

Со дня получения согласия (акцепта) и осуществления потребителем и (или) заказчиком

частичной или полной оплаты по нему все условия договора остаются неизменными и не должны корректироваться исполнителем без согласия потребителя и (или) заказчика.

6.5. При заключении договора исполнитель представляет потребителю и (или) заказчику подтверждение заключения такого договора. Указанное подтверждение должно содержать номер договора или иной способ идентификации договора, который позволяет потребителю и (или) заказчику получить информацию о заключенном договоре и его условиях.

По требованию потребителя и (или) заказчика исполнителем направляется потребителю и (или) заказчику экземпляр заключенного договора (выписки из него), подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью уполномоченного лица исполнителя.

6.6. Идентификация потребителя и (или) заказчика в целях заключения и (или) исполнения договора, заключенного дистанционным способом, может осуществляться в том числе с помощью федеральной государственной информационной системы "Единая система идентификации и аутентификации в инфраструктуре, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронной форме".

Согласие (акцепт) должно быть подписано электронной подписью потребителя и (или) заказчика (простой, усиленной неквалифицированной или усиленной квалифицированной) и усиленной квалифицированной электронной подписью уполномоченного лица исполнителя.

6.7. Потребитель и (или) заказчик обязаны оплатить оказанную исполнителем медицинскую услугу в порядке и сроки, которые установлены договором, заключенным с исполнителем, с учетом положений статей 16.1 и 37 Закона Российской Федерации "О защите прав потребителей".

6.8. При заключении договора дистанционным способом отказ потребителя и (или) заказчика от исполнения договора может быть совершен способом, используемым при его заключении.

6.9. Потребитель и (или) заказчик могут направить исполнителю в любой форме и любым, включая дистанционный, способом требования, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной платной медицинской услуги), а исполнитель обязан принять эти требования, в том числе дистанционным способом.

VII. Ответственность исполнителя при предоставлении платных медицинских услуг

7.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

7.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Общество с ограниченной ответственностью «ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР КОРРЕКЦИИ ЗРЕНИЯ», зарегистрированное в установленном законодательством Российской Федерации порядке 16.01.2020 года за основным государственным регистрационным номером 1197232031688, выдан Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №14 по Тюменской области, о чем имеется Лист записи ЕГРЮЛ от 27.12.2019г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Тигеевой Анны Николаевны, действующей на основании Устава и лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-01107-72/00338598 от 16 января 2020, выдана Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, адрес и телефон органа выдавшего лицензию: 109012, г. Москва, ул. Славянская площадь, д. 4 стр. 1, тел. +7 (499)578-02-20, срок действия-бессрочно, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации, согласно указанной лицензии по адресу: 625051, Тюменская область, г. Тюмень, ул. Пермякова, д. 53/3, выполняемые работы, оказываемые услуги: При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинской оптике; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; по адресу: 625000, Тюменская область, г. Тюмень, ул. Республики, д. 45, офис 4, выполняемые работы, оказываемые услуги: При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: офтальмологии, с одной стороны и

(ФИО, данные документа, удостоверяющего личность, адрес места жительства, телефон)

именуемый в дальнейшем "Потребитель",

(ФИО, данные документа, удостоверяющего личность, адрес места жительства, телефон, или наименование юридического лица, адрес, ОГРН, ИНН) именуемый в дальнейшем "Заказчик",

(ФИО, данные документа, удостоверяющего личность, адрес места жительства, телефон)

именуемый в дальнейшем «Законный представитель», с другой стороны, а вместе именуемые "Стороны", заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

- 1.1. По настоящему договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия Потребителя (его законного представителя), обязуется оказать ему медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством Российской Федерации, а Потребитель (его законный представитель) обязуется оплатить оказанные услуги.
- 1.2. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых по настоящему договору, определяется в Счет-заказе, являющемся неотъемлемой частью настоящего договора.
- 1.3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются дополнительные медицинские услуги 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".
- 1.4. Порядок и условия выдачи Пациенту, после исполнения Договора медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние здоровья после оказания Услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, производится в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, без взимания дополнительной платы.
- 1.5. При оказании Услуг гражданину, желающему получить медицинскую помощь за плату на анонимной основе сведения о Пациенте регистрируются со слов потребителя Услуг.

2. Условия и порядок оказания Услуг

- 2.1. Исполнитель оказывает Услуги в помещениях по выше указанным адресам в соответствии с режимом работы салонов оптик.
- 2.2. Медицинская помощь при предоставлении Услуг организуется и оказывается в соответствии с положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями и на основе клинических рекомендаций. Стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (при их наличии) с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги, размещены на «Официальном интернет-портале правовой информации» <http://www.pravo.gov.ru> и официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации <https://minzdrav.gov.ru>, на котором размещен рубрикатор клинических рекомендаций.
- 2.3. Услуги предоставляются в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию Пациента.
- 2.4. Услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия Пациента, данного в установленном порядке.
- 2.5. Оказание Услуг осуществляется по предварительной записи через регистратуру Исполнителя. Условия и сроки ожидания Услуг устанавливаются Исполнителем. Информация о них предоставляется до заключения Договора. Согласование условий и сроков ожидания Услуг производится Сторонами при каждом последующем посещении путем внесения записи о назначении следующего визита Пациента к Исполнителю.
- 2.6. Срок оказания Услуг определяется временем, необходимым для ее выполнения, и нормативными документами, регламентирующими медицинскую деятельность, профилактические, диагностические и лечебные мероприятия.
- 2.7. Исполнитель уведомляет Пациента, что он не участвует в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

3. Права и обязанности сторон

3.1. Исполнитель обязуется:

- 3.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в полном объеме с соблюдением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.
- 3.1.2. Обеспечить соответствие Услуг требованиям и качеству, установленным действующим законодательством Российской Федерации.
- 3.1.3. Обеспечить участие высококвалифицированного медицинского персонала для предоставления услуг по настоящему договору
- 3.1.4. Предоставить Пациенту (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, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.
- 3.1.4. Предоставить в доступной форме информацию о медицинском работнике, отвечающем за предоставление Услуги (его профессиональном образовании и квалификации), других сведениях, относящихся к предмету Договора.
- 3.1.5. Предупредить Пациента в случае, если при предоставлении Услуг требуется предоставление на платной основе дополнительных Услуг, не предусмотренных Договором, Клиника не вправе оказывать их Пациенту без его согласия. В случае если при оказании Услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых состояниях, такие услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- 3.1.6. Предупредить Пациента об обязанности соблюдать установленный режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения в медицинской организации.
- 3.1.7. При предоставлении платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.
- 3.1.8. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, а также денежных средств, поступивших от Потребителя.
- 3.1.9. Соблюдать врачебную тайну, в том числе о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, кроме случаев, регламентированных Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- 3.1.10. Немедленно извещать Потребителя о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора. Дополнительные медицинские услуги при необходимости их оказания предоставляются в случае оказания Потребителю стационарной помощи - на основании дополнительного соглашения к настоящему договору, в иных случаях - на основании отдельно заключаемого договора.
- 3.1.11. Выдать Пациенту документ (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения Услуги.

3.2. Исполнитель вправе:

- 3.2.1. выдавать медицинские заключения, справки, рецепты на лекарственные препараты и медицинские изделия на бумажном носителе и (или) с согласия пациента или его законного представителя в форме электронных документов с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи медицинского работника в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
- 3.2.2. создавать медицинские информационные системы, содержащие данные о пациентах, об оказываемой им медицинской помощи, о медицинской деятельности медицинских организаций с соблюдением требований, установленных законодательством Российской Федерации в области персональных данных, и соблюдением врачебной тайны.

3.3. Пациент обязуется:

- 3.3.1. Пациенты, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности,
- 3.3.2. Пациенты обязуются соблюдать правила поведения пациента в медицинской организации.
- 3.3.3. Оплатить оказанные Исполнителем услуги в порядке и сроки, которые установлены Договором.

3.4. Потребитель (его законный представитель) имеет право:

- 3.4.1. Получать медицинские услуги в соответствии с обязательными требованиями порядков оказания медицинской помощи, стандартов и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи.
- 3.4.2. В доступной для него форме получить информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения 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.
- 3.4.3. Получить у Исполнителя медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.
- 3.4.5. Иные права, предусмотрены действующим законодательством Российской Федерации.

4. Стоимость медицинских услуг и порядок расчетов

- 4.1. Стоимость услуг, оказываемых по настоящему договору, определяется на основании **счет-заказа** по ценам в соответствии с действующим Прейскурантом платных медицинских услуг, утвержденным Исполнителем, и составляет _____ рублей.
- 4.2. Оплата оказываемых услуг осуществляется Потребителем (его законным представителем):
 - за наличный расчет через кассу Исполнителя,
 - по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя
 - списания с расчётной карты по договорам обязательного медицинского страхования (ДМС) *(нужное подчеркнуть)*.Оплата по настоящему договору может быть оплачена в полном размере при заключении договора (авансом) с письменного согласия Потребителя, выраженного в счет-заказе, являющемся неотъемлемой частью настоящего договора.
- 4.3. Потребителю (его законному представителю) 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)).
- 4.4. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного договора на предоставление дополнительных медицинских услуг, их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного договора.
- 4.5. В случае, если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Потребителем (его законным представителем) удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы (в случае предоплаты или авансового платежа) возвращается заказчику не позднее 3-х дней с момента окончательных расчетов.
- 4.6. При отказе Потребителя от исполнения настоящего договора Исполнителю возмещаются фактически понесенные им расходы на исполнение обязательств по договору.

5. Ответственность сторон

- 5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления платной медицинской услуги ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3. Исполнитель освобождается от ответственности в случае, если вред Потребителю возник вследствие нарушения Потребителем условий настоящего договора.

5.4. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

6. Конфиденциальность

6.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

6.2. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя (его законного представителя) за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

6.3. Потребитель (его законный представитель) дает свободно, своей волей и в своем интересе письменное согласие на обработку персональных данных, необходимых для исполнения настоящего договора, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов, которое является неотъемлемой частью настоящего договора.

7. Заключительные положения

7.1. При заключении настоящего договора Потребителю предоставлена следующая информация:

- перечень платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, указанной в счет-заказе (Приложение № 1 к настоящему договору, с указанием цен в рублях;

- иная информация, предусмотренная Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.

7.2. Потребитель подтверждает, что на момент заключения настоящего договора ему в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

- информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);

- другие сведения, относящиеся к предмету договора.

7.3. До заключения настоящего договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

7.4. Потребитель уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

7.5. Потребитель вправе направить обращение (жалобу) в органы государственной власти и организации в письменном виде: Управление федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Тюменской области по адресу: 625026 г. Тюмень ул. Рижская дом 45-А, а также в электронном виде: nadzor72@tyumen-service.ru.

7.6. При предъявлении Потребителем требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной медицинской услуги), Исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей».

7.7. Потребитель дает свободно, своей волей и в своем интересе согласие на обработку персональных данных, необходимых для исполнения настоящего договора, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов.

7.8. Настоящий договор составлен в трех экземплярах, по одному экземпляру для исполнителя, второй - у заказчика, третий - у потребителя.

В случае если договор заключается потребителем и исполнителем, он составляется в 2 экземплярах (кроме случаев заключения договора дистанционным способом).

7.9. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

8. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель: ООО «ГЦКЗ»
Юридический адрес: 625000, г. Тюмень, ул. Республики, дом 45 офис 4
ИНН/КПП 7203495680/720301001
ОГРН 1197232031688
р/с 40702810800260000321
в филиал Банка ГПБ (АО) «УРАЛЬСКИЙ» в г. Екатеринбурге
к/с 30101810365770000411
БИК 046577411

Директор

М.П.



«Потребитель» _____ / _____ /

«Заказчик» _____ / _____ /

«Законный представитель» _____ / _____ /

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

(форма Приложение № 1 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2021 № 1051-н)

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, проживающего по адресу: _____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)
даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (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 «Городской центр коррекции зрения»

_____ (полное наименование медицинской организации)
Медицинским работником _____

(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. N 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. N 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:

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

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

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

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

"__" _____ г. (дата оформления)

АКТ
оказанных медицинских услуг
по договору на оказание платных медицинских услуг
от _____ № _____

город Тюмень

«___» _____ 20____ года

Общество с ограниченной ответственностью «ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР КОРРЕКЦИИ ЗРЕНИЯ», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Тигеевой Анны Николаевны, действующего на основании Устава, в соответствии с имеющейся лицензией на осуществление медицинской деятельности № Л041-01107-72/00338598 от 16.01.2020г., выданной Департаментом здравоохранения Тюменской области, расположенном по адресу: 625048, г. Тюмень, ул. Малыгина, д. 48, телефон 8 (3452) 55-78-00, в соответствии с перечнем работ (услуг): при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; медицинской оптике; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: офтальмологии, с одной стороны,

фамилия, имя, отчество;

паспорт (серия, номер, кем и когда выдан),

адрес места жительства и номер контактного телефона

именуемая(ый) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», составили настоящий акт о нижеследующем:

1. В период с _____ по _____ ООО «ГЦКЗ» оказаны медицинские услуги Пациенту в составе:

| № п/п | Наименование услуги | Кол-во Ед. | Цена | Сумма |
|-------|---------------------|------------|------|-------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Всего оказано услуг на сумму: _____

_____ которая определена на основании действующего Прейскуранта, утвержденного Исполнителем и согласованного с Пациентом в соответствии с п. 4.2. настоящего Договора.

1. Пациент оплачивает фактически оказанные услуги в день оказания услуги после подписания Акта оказанных услуг.

2. После оплаты в кассу/на расчетный счет Потребителю выдается кассовый чек установленного образца, подтверждающий произведенную оплату оказанных медицинских услуг. По требованию Потребителя ООО «ГЦКЗ» предоставляет справку установленного образца об оплате медицинских услуг для предъявления в налоговые органы Российской Федерации.

3. Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Пациент претензий по объему, качеству и срокам оказания медицинских услуг не имеет.



Исполнитель
ООО «ГЦКЗ»

Директор

/А.Н. Тигеева /

Потребитель

/ _____ /

Перечень
медицинских услуг
по договору на оказание платных медицинских услуг
от _____ № _____

город Тюмень

«___» _____ 20____ года

Общество с ограниченной ответственностью «ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР КОРРЕКЦИИ ЗРЕНИЯ», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Тигеевой Анны Николаевны, действующего на основании Устава, в соответствии с имеющейся лицензией на осуществление медицинской деятельности № Л041-01107-72/00338598 от 16.01.2020г., выданной Департаментом здравоохранения Тюменской области, расположенном по адресу: 625048, г. Тюмень, ул. Малыгина, д. 48, телефон 8 (3452) 55-78-00, в соответствии с перечнем работ (услуг): при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; медицинской оптике; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: офтальмологии, с одной стороны,,

фамилия, имя, отчество;

паспорт (серия, номер, кем и когда выдан),

адрес места жительства и номер контактного телефона

именуемая(ый) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», составили настоящий Перечень о нижеследующем:

1. В период с _____ по _____ ООО «ГЦКЗ» будут оказаны медицинские услуги Пациенту в составе:

| № п/п | Наименование услуги | Кол-во Ед. | Цена | Сумма |
|-------|---------------------|------------|------|-------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Всего будет оказано услуг на сумму: _____

_____ которая определена на основании действующего Прейскуранта, утвержденного Исполнителем и согласованного с Пациентом в соответствии с п. 4.2. настоящего Договора.

1. Потребитель оплачивает фактически оказанные услуги в день оказания услуги после подписания Акта оказанных услуг.

2. После оплаты в кассу Потребителю будет выдан кассовый чек установленного образца, подтверждающий произведенную оплату оказанных медицинских услуг. По требованию Потребителя ООО «ГЦКЗ» предоставит справку установленного образца об оплате медицинских услуг для предъявления в налоговые органы Российской Федерации.



Исполнитель
ООО «ГЦКЗ»

Потребитель

Директор

/А.Н. Тигеева /

/ _____ /

**Информированное добровольное согласие
на ПОДБОР ОЧКОВОЙ КОРРЕКЦИИ ЗРЕНИЯ
(сложные очки-прогрессивные и астигматические и т.п.)**

Я, Пациент, _____,
Медицинская карта Пациента № _____, _____ года рождения,
зарегистрированный(ая) по адресу: _____
в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
« _____ » _____ г. рождения, проживающего по адресу: _____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

Я согласен(а) на предоставление мне (представляемому) следующих медицинских услуг, по моему добровольному согласию и прошу провести: - ПОДБОР ОЧКОВОЙ КОРРЕКЦИИ ЗРЕНИЯ (сложные очки-прогрессивные и астигматические и т.п.).

Цель – коррекция аномалий рефракции.

Метод – сбор анамнеза, определение рефракции (авторефрактометрия), визометрия, обследование переднего отрезка глаза (биомикроскопия при необходимости с циклоплегией). Определение основных параметров оптической системы глаза, проведение функциональных тестов, формирования в пробной оправе модели будущих очков, определение остроты зрения и субъективной переносимости.

Риски:

1. Субъективная непереносимость;
2. Астенопические жалобы (усталость и напряжение в глазах, головные боли).
3. Длительное адаптация к очкам, которая может происходить постепенно и индивидуально по времени, в зависимости от возраста и степени аномалии рефракции (до 3х месяцев). Чем старше пациент и больше степень аметропии/астигматизма, тем медленнее происходит адаптация.
4. Необходимость последующего усиления очков до полной коррекции аномалий рефракции.

Альтернативные варианты:

1. Мягкие контактные линзы (по показаниям);
2. Жесткие контактные линзы (по показаниям).
3. Рефракционная хирургия (по показаниям).

Возможные последствия: Усталость и напряжение в глазах, головные боли.

Предполагаемые результаты: Улучшение зрения на период ношения очковой коррекции.

Я ознакомлен с основными правилами и требованиями при ношении очков, памятку получил. Я проинформирован(а), что могу получить данную медицинскую услугу в других лечебных учреждениях, в том числе в рамках программы обязательного медицинского страхования и при этом выражаю добровольное согласие на получение медицинской услуги в ООО «ГЦКЗ».

Мне были объяснены все возможные исходы, а также альтернативы предложенному;

Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы.

Я внимательно ознакомился(лась) с приложением и понимаю, что ИДС является неотъемлемой частью медицинской документации.

Я ознакомлен(а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего ИДС;

Я подтверждаю, что решение о получении медицинской услуги является моим собственным, в предложенном мне (представляемому) объеме и было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли и мысли. Я полностью отдаю себе отчет об имеющихся рисках и возможных последствиях.

Пациент

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Дата: __ ____ 20 __ г.

Настоящее согласие подписано Пациентом (законным представителем) на приеме после проведения мною разъяснительной беседы, в процессе которой Пациент (законный представитель) получил полную и подробную информацию об особенностях предлагаемого обследования и полностью отдает себе отчет об имеющихся рисках и возможных последствиях.

Пациент (законный представитель Пациента) расписался в моем присутствии

Врач – офтальмолог

(Должность)

(подпись)

(расшифровка подписи)

**Информированное добровольное согласие
на ПОДБОР КОНТАКТНОЙ КОРРЕКЦИИ ЗРЕНИЯ
(оптических, оптико-косметических, торических контактных линз)**

Я, Пациент, _____,
Медицинская карта Пациента № _____, _____ года рождения,
зарегистрированный(ая) по адресу: _____
в отношении _____

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

« _____ » _____ г. рождения, проживающего по адресу: _____
(дата рождения пациента при подписании согласия законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

Я согласен(а) на предоставление мне (представляемому) следующих медицинских услуг, по моему добровольному согласию и прошу провести: ПОДБОР КОНТАКТНОЙ КОРРЕКЦИИ ЗРЕНИЯ (оптических, оптико-косметических, торических контактных линз).

Цель – коррекция аномалий рефракции.

Метод – сбор анамнеза, определение рефракции (авторефрактометрия), визометрия, обследование переднего отрезка глаза (биомикроскопия, при необходимости с циклоплегией), исследование слезной системы (тест Ширмера, время разрыва слезной пленки). Выбор типа контактных линз, расчет их параметров, диагностическая примерка на глаз, оценка посадки и переносимости контактных линз, обучение пациента манипуляциям с контактными линзами и уходам за ними.

Риски: Гипоксические осложнения (отек и васкуляризация роговицы, лимбальная гиперемия, микроцисты эпителия роговицы, полимегализм).

Механические осложнения – эпителиальные повреждения роговицы, конъюнктивы.

Токсико-аллергические осложнения – аллергические конъюнктивиты, эпителиопатии роговицы. Воспалительные и инфекционные поражения глаз, стерильные инфильтраты, микробные конъюнктивиты и кератиты.

Альтернативные варианты: Очковая коррекция; Ортокератологические линзы (по показаниям); Рефракционная хирургия (по показаниям).

Возможные последствия: Покраснения глаз, дискомфорт, ощущение инородного тела, слезотечение, светобоязнь, боль, жжение, резь, отделяемое из глаза, временное затуманивание зрения, необратимое снижение зрения.

Предполагаемые результаты: Улучшение зрения на период ношения контактных линз.

Возможные/альтернативные варианты медицинской услуги: нет.

Осложнения/противопоказания: нет.

Я проинформирован(а), что могу получить данную медицинскую услугу в других лечебных учреждениях, в том числе в рамках программы обязательного медицинского страхования и при этом выражаю добровольное согласие на получение медицинской услуги в ООО «ГЦКЗ».

Мне были объяснены все возможные исходы, а также альтернативы предложенному;

Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы.

Я внимательно ознакомился(лась) с приложением и понимаю, что ИДС является неотъемлемой частью медицинской документации.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего ИДС;

Я подтверждаю, что решение о получении медицинской услуги является моим собственным, в предложенном мне (представляемому) объеме и было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли и мысли. Я полностью отдаю себе отчет об имеющихся рисках и возможных последствиях.

Пациент _____

(подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Дата: ____ ____ 20 ____ г.

Настоящее согласие подписано Пациентом (законным представителем) на приеме после проведения мною разъяснительной беседы, в процессе которой Пациент (законный представитель) получил полную и подробную информацию об особенностях предлагаемого обследования и полностью отдает себе отчет об имеющихся рисках и возможных последствиях.

Пациент (законный представитель Пациента) расписался в моем присутствии

Врач – офтальмолог
_____ (Должность)

(подпись)

_____ (расшифровка подписи)

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство (лечение)**

Я, Пациент, _____,
Медицинская карта Пациента № _____, _____ года рождения, зарегистрированный(ая) по
адресу: _____
желаю получить услугу _____

При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

- Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания;
- Я добровольно даю свое согласие на проведение мне лечения, в соответствии с назначениями врача _____ по _____ поводу _____ диагноза _____;
- Я информирован о целях, объеме, характере предлагаемого лечения, а также о том, что предстоит мне делать во время проведения лечения;
- Я осведомлен о том, что лечение может быть многоэтапным. Кроме того, я предупрежден, что в случае необходимости мне может понадобиться дополнительное лечение и на него согласен;
- Я выражаю свое добровольное согласие на сдачу мною анализов в случае необходимости и предоставления их лечащему врачу;
- Я информирован о вероятности возникновения необходимости в дополнительном обследовании и консультациях специалистов в процессе лечения и согласен на все виды этих обследований и консультаций в необходимых объемах;
- Я осведомлен, что кроме основного заболевания у меня имеется сопутствующая патология органа зрения, а именно _____

(указать какие именно патологии, в случае отсутствия каких - либо патологий указать - нет)

- Я извещен о том, что мне необходимо немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарственных средств;
- Я поставил в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
- Я проинформирован, что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в ООО «ГЦКЗ»;
- Я ознакомлен с Правилами внутреннего распорядка, установленного в ООО «ГЦКЗ», и обязуюсь их соблюдать;
- Я ознакомлен и согласен со всеми пунктами настоящего документа, положения которого, мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на медицинское вмешательство в предложенном мне объеме;
- Я имел возможность задать любые интересующие меня вопросы касательно предлагаемого мне лечения и получил на них исчерпывающие ответы;
- Я подтверждаю, что решение о проведении лечения является моим собственным и было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли и мысли;

Пациент _____

(подпись)

(расшифровка подписи)

Дата: ____ ____ 20__ г.

Настоящее согласие подписано Пациентом (законным представителем) на приеме после проведения мною разъяснительной беседы, в процессе которой Пациент (законный представитель) получил полную и подробную информацию об особенностях предлагаемого лечения и полностью отдает себе отчет об имеющихся рисках и возможных последствиях.

Пациент (законный представитель Пациента) расписался в моем присутствии

Врач – офтальмолог _____

(Должность)

(подпись)

(расшифровка подписи)

**Информированное добровольное согласие
на МАССАЖ ВЕК**

Я, Пациент, _____,
Медицинская карта Пациента № _____, _____ года рождения,
зарегистрированный(ая) по адресу: _____
в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
« _____ » _____ г. рождения, проживающего по адресу: _____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

Я согласен(а) на предоставление мне (представляемому) следующих медицинских услуг, по моему добровольному согласию и прошу провести: МАССАЖ ВЕК.

Цель: улучшение оттока секрета из мейбомиевых желез; нормализация функции желез. Метод медицинской услуги: удаление секрета мейбомиевых желез.

Возможные /альтернативные варианты медицинской услуги: нет.

Осложнения/противопоказания: кератит, конъюнктивит, обострение мейбомита.

Я проинформирован(а), что могу получить данную медицинскую услугу в других лечебных учреждениях, в том числе в рамках программы обязательного медицинского страхования и при этом выражаю добровольное согласие на получение медицинской услуги в ООО «ГЦКЗ».

Мне были объяснены все возможные исходы, а также альтернативы предложенному;

Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы.

Я внимательно ознакомился(лась) с приложением и понимаю, что ИДС является неотъемлемой частью медицинской документации.

Я ознакомлен(а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего ИДС;

Я подтверждаю, что решение о получении медицинской услуги является моим собственным, в предложенном мне (представляемому) объеме и было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли и мысли. Я полностью отдаю себе отчет об имеющихся рисках и возможных последствиях.

Пациент

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Дата: __ ____ 20 __ г.

Настоящее согласие подписано Пациентом (законным представителем) на приеме после проведения мною разъяснительной беседы, в процессе которой Пациент (законный представитель) получил полную и подробную информацию об особенностях предлагаемого обследования и полностью отдает себе отчет об имеющихся рисках и возможных последствиях.

Пациент (законный представитель Пациента) расписался в моем присутствии

Врач – офтальмолог

_____ (Должность)

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

СОГЛАСИЕ
субъекта персональных данных, обратившегося в медицинскую организацию,
на обработку его персональных данных

Я, _____

Ф.И.О. полностью

паспорт _____, Выдан _____
серия и номер _____

дата и наименование выдавшего органа

проживающий по адресу: _____
являясь законным представителем несовершеннолетнего _____

(ФИО несовершеннолетнего)

приходящегося мне _____, зарегистрированного по адресу: _____

по месту регистрации

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку ООО «ГЦКЗ» (далее — Оператор) персональных данных несовершеннолетнего, включающих: фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату и место рождения, пол, гражданство, место жительства, в том числе сведения о регистрации по месту жительства, месту проживания, месту работы, социальное положение (статус), реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, наименование и код подразделения органа выдавшего документ), реквизиты полисов медицинского страхования, страхового номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), сведения об оказанной медицинской помощи, сведения о мерах социальной поддержки, данные о состоянии здоровья, в том числе, содержащие врачебную тайну в целях:

- установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, в медико-профилактических целях при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну;

- защиты моих прав на получение качественной медицинской помощи;

- осуществления контроля качества оказанных мне медицинских услуг, проведения медико-профилактических мероприятий;

- оплаты оказанных по программе обязательного и добровольного медицинского страхования медицинских услуг;

- ведения учета оказанной медицинской помощи;

- формирования медицинских статистических данных в формах медико-статистического наблюдения;

- обеспечения соблюдения законов Российской Федерации и иных нормативных правовых актов Российской Федерации.

Предоставляю Оператору право осуществлять при обработке персональных данных несовершеннолетнего все действия (операции) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Оператор вправе обрабатывать персональные данные несовершеннолетнего посредством внесения их в информационные хранилища (электронную базу данных, списки, реестры, регистры), а также учетные и отчетные формы в электронном и бумажном исполнении.

Оператор вправе осуществлять обработку персональных данных несовершеннолетнего централизованно в Единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения, отраслевой информационной системе здравоохранения Тюменской области.

Оператор имеет право получать и передавать персональные данные несовершеннолетнего, в том числе содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, с использованием средств автоматизации и без использования таких средств, на материальных носителях, в том числе в бумажном виде в следующие государственные органы, организации (учреждения):

- федеральному и территориальному фондам обязательного медицинского страхования;

- пенсионному фонду Российской Федерации, включая его территориальные органы;

- страховым медицинским организациям, осуществляющим мое страхование;

- организациям (учреждениям), осуществляющим на законном основании обработку медико-статистической информации;

- органам управления здравоохранением Тюменской области (без автономных округов), муниципальных образований, расположенных на территории Тюменской области (без автономных округов).

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

Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно, в случае если согласие не отозвано в письменной форме.

дата

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного заявления, которое может быть направлен 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 течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи и предоставления соответствующей медико-статистической информации.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в интересах несовершеннолетнего.

Контактный телефон (ы): _____

и почтовый адрес: _____

Подпись субъекта персональных данных _____

Директору ООО «ГЦКЗ»
Тигеевой А.Н.

От : _____
(Ф.И.О.)

Паспорт: серия _____ № _____

Выдан: ____ . ____ . ____ г.

Зарегистрирован по адресу:

Заявление

Я, _____, на основании действующего законодательства РФ отзываю свое согласие на обработку персональных данных в ООО «ГЦКЗ». На основании данного заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных ООО «ГЦКЗ» обязано прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

« ____ » _____ 202_г.

Подпись _____

**Информированное добровольное согласие
на ОФТАЛЬМОМЕТРИЯ (В-сканирование) (оба глаза)**

Я, Пациент, _____,
Медицинская карта Пациента № _____, _____ года рождения,
зарегистрированный(ая) по адресу: _____
в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
« _____ » _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

Я согласен(а) на предоставление мне (представляемому) следующих медицинских услуг, по моему добровольному согласию и прошу провести: ОФТАЛЬМОМЕТРИЯ (В-сканирование) (оба глаза).

Цель В-сканирования: выявление патологии сетчатки и стекловидного тела при недостаточной прозрачности оптических сред и объективная оценка акустической плотности и однородности исследуемых тканей.

Возможные/альтернативные варианты медицинской услуги: нет.

Осложнения/противопоказания: нет.

Я проинформирован(а), что могу получить данную медицинскую услугу в других лечебных учреждениях, в том числе в рамках программы обязательного медицинского страхования и при этом выражаю добровольное согласие на получение медицинской услуги в ООО «ГЦКЗ».

Мне были объяснены все возможные исходы, а также альтернативы предложенному;

Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы.

Я внимательно ознакомился(лась) с приложением и понимаю, что ИДС является неотъемлемой частью медицинской документации.

Я ознакомлен(а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего ИДС;

Я подтверждаю, что решение о получении медицинской услуги является моим собственным, в предложенном мне (представляемому) объеме и было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли и мысли. Я полностью отдаю себе отчет об имеющихся рисках и возможных последствиях.

Пациент

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Дата: __ ____ 20 __ г.

Настоящее согласие подписано Пациентом (законным представителем) на приеме после проведения мною разъяснительной беседы, в процессе которой Пациент (законный представитель) получил полную и подробную информацию об особенностях предлагаемого обследования и полностью отдает себе отчет об имеющихся рисках и возможных последствиях.

Пациент (законный представитель Пациента) расписался в моем присутствии

Врач – офтальмолог

(Должность)

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

**Информированное добровольное согласие
на КЕРАТОТОПОГРАФИЯ (оба глаза)**

Я, Пациент, _____,
Медицинская карта Пациента № _____, _____ года рождения,
зарегистрированный(ая) по адресу: _____
в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
« _____ » _____ г. рождения, проживающего по адресу: _____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

Я согласен(а) на предоставление мне (представляемому) следующих медицинских услуг, по моему добровольному согласию и прошу провести: КЕРАТОТОПОГРАФИЯ (оба глаза).

Цель: получение топографической карты передней поверхности роговицы.

Метод медицинской услуги: бесконтактное не инвазивное исследование.

Возможные /альтернативные варианты медицинской услуги: нет.

Осложнения/противопоказания: нет.

Я проинформирован(а), что могу получить данную медицинскую услугу в других лечебных учреждениях, в том числе в рамках программы обязательного медицинского страхования и при этом выражаю добровольное согласие на получение медицинской услуги в ООО «ГЦКЗ».

Мне были объяснены все возможные исходы, а также альтернативы предложенному;

Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы.

Я внимательно ознакомился(лась) с приложением и понимаю, что ИДС является неотъемлемой частью медицинской документации.

Я ознакомлен(а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего ИДС;

Я подтверждаю, что решение о получении медицинской услуги является моим собственным, в предложенном мне (представляемому) объеме и было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли и мысли.

Я полностью отдаю себе отчет об имеющихся рисках и возможных последствиях.

Я имел возможность задать любые интересующие меня вопросы касательно предлагаемого мне обследования и получил на них исчерпывающие ответы,

Пациент

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Дата: __ ____ 20 __ г.

Настоящее согласие подписано Пациентом (законным представителем) на приеме после проведения мною разъяснительной беседы, в процессе которой Пациент (законный представитель) получил полную и подробную информацию об особенностях предлагаемого обследования и полностью отдает себе отчет об имеющихся рисках и возможных последствиях.

Пациент (законный представитель Пациента) расписался в моем присутствии

Врач – офтальмолог

_____ (Должность)

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

**Информированное добровольное согласие
на КЕРАТОПАХИМЕТРИЯ (оба глаза)**

Я, Пациент, _____,
Медицинская карта Пациента № _____, _____ года рождения,
зарегистрированный(ая) по адресу: _____

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

« _____ » _____ г. рождения, проживающего по адресу: _____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

Я согласен(а) на предоставление мне (представляемому) следующих медицинских услуг, по моему добровольному согласию и прошу провести: КЕРАТОПАХИМЕТРИЯ (оба глаза).

Цель: Одновременное получение топографической карты передней и задней поверхности роговицы и измерение ее толщины.

Метод медицинской услуги: бесконтактное не инвазивное исследование.

Возможные /альтернативные варианты медицинской услуги: контактная методика измерения толщины роговицы без кератотопографии; бесконтактная не инвазивная кератотопография, без пахиметрии.

Осложнения/противопоказания: нет.

Я проинформирован(а), что могу получить данную медицинскую услугу в других лечебных учреждениях, в том числе в рамках программы обязательного медицинского страхования и при этом выражаю добровольное согласие на получение медицинской услуги в ООО «ГЦКЗ».

Мне были объяснены все возможные исходы, а также альтернативы предложенному;

Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы.

Я внимательно ознакомился(лась) с приложением и понимаю, что ИДС является неотъемлемой частью медицинской документации.

Я ознакомлен(а) и согласен (а) со всеми пунктами настоящего ИДС;

Я подтверждаю, что решение о получении медицинской услуги является моим собственным, в предложенном мне (представляемому) объеме и было принято без принуждения или навязывания чьей-либо воли и мысли. Я полностью отдаю себе отчет об имеющихся рисках и возможных последствиях.

Пациент

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Дата: __ ____ 20 __ г.

Настоящее согласие подписано Пациентом (законным представителем) на приеме после проведения мною разъяснительной беседы, в процессе которой Пациент (законный представитель) получил полную и подробную информацию об особенностях предлагаемого обследования и полностью отдает себе отчет об имеющихся рисках и возможных последствиях.

Пациент (законный представитель Пациента) расписался в моем присутствии

Врач – офтальмолог

(Должность)

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)