

Публичный договор-оферта на оказание платных медицинских услуг

г. Ростов-на-Дону

"01" сентября 2023 года

Преамбула

Порядок заключения Договора, стороны Договора

В соответствии со ст. 435, п. 2 ст. 437 Гражданского Кодекса Российской Федерации (далее – ГК РФ) данный документ является публичной офертой, направляемой **Обществом с ограниченной ответственностью «Ревиталь»** (далее - ООО «Ревиталь») ОГРН 1066161051660, ИНН 6161047307, адрес места нахождения: 344068, г. Ростов-на-Дону, пер. Оренбургский, 31, Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-61-01-007320 от 02.09.2019 г., выдана Министерством здравоохранения Ростовской области, 344029, г. Ростов-на-Дону, ул. 1-й Конной Армии, д. 33, тел.: +7 (863)242-41-09; срок действия лицензии – бессрочно; виды предоставляемых работ (услуг), согласно Перечню* в соответствии с лицензией) в адрес неограниченного круга лиц о намерении заключить Договор оказания платных медицинских услуг (далее – Договор или Оферта) на условиях, описанных ниже.

Сторонами Договора являются ООО «Ревиталь» и Заказчик (Потребитель, Пациент) - физическое или юридическое лицо, обратившееся за заключением Договора в своих интересах или в интересах другого лица (далее – Пользователь).

Ознакомление Пользователя с Офертой осуществляется путем размещения ее действующей редакции на сайте ООО «Ревиталь» в информационно-телекоммуникационной сети Интернет по адресу: www.revitaldon.ru.

Соглашаясь с условиями Договора, Пользователь:

- подтверждает свою право- и дееспособность, а также сознает ответственность за обязательства, возложенные на него в результате заключения Договора;
- подтверждает достоверность своих личных данных и принимает на себя всю ответственность за их точность, полноту и достоверность; принимает на себя все возможные коммерческие риски, связанные с его действиями по допущению ошибок, неточностей в предоставлении информации, необходимой для осуществления оплаты до Договору;
- подтверждает, что ознакомился с возрастными ограничениями, налагаемыми на Пользователя в соответствии с положениями ст. 21 ГК РФ.

Идентификация Пользователя 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 Пользователя (простой, усиленной неквалифицированной или усиленной квалифицированной) и усиленной квалифицированной подписью уполномоченного лица Исполнителя.

В соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" оказание услуги Пользователю осуществляется при условии оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство в форме электронного документа путем подписания усиленной квалифицированной цифровой подписью или простой электронной подписью посредством применения единой системы идентификации и аутентификации (далее ЕСИА).

У Пользователя имеется возможность получения анонимной платной медицинской помощи, порядок предоставления которой регулируется положениями настоящего Договора.

1. Понятия, используемые в настоящем Договоре

Для целей настоящего Договора используются следующие основные понятия:

Договор – публичный договор-оферта, опубликованный на сайте ООО «Ревиталь» в сети интернет по адресу: www.revitaldon.ru., предоставляемый в целях ознакомления на информационном стенде Исполнителя по месту его фактического нахождения;

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;

Прейскурант на платные медицинские услуги – утвержденный Исполнителем перечень оказываемых платных медицинских услуг и их стоимость, размещенный на сайте исполнителя в сети интернет по адресу: www.revitaldon.ru, а также на информационных стендах по фактическому месту нахождения;

Заказчик - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с настоящим Договором в пользу потребителя;

Потребитель (Пациент) - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с настоящим Договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

Исполнитель - медицинская организация, оказывающая платные медицинские услуги на основании добровольного желания Потребителя (Пациента) получить медицинские услуги за плату в соответствии с Договором.

2. Общие положения

2.1. Настоящий Договор – публичная оферта, содержащая все существенные условия Договора на оказание платных медицинских услуг неограниченному кругу лиц, желающих получить данные услуги.

2.2. Срок действия настоящей оферты устанавливается с 01 сентября 2023 года на весь период действия у Исполнителя лицензии на осуществление медицинской деятельности.

2.3. Полным и безоговорочным акцептом настоящей публичной оферты является осуществление Заказчиком и (или) Потребителем действий по выполнению условий Договора, а именно: получение медицинских услуг и (или) первая оплата предложенных Исполнителем медицинских услуг.

2.4. Акцепт оферты означает, что Заказчик и (или) Потребитель (Пациент):

- согласен со всеми положениями настоящего Договора;
- ознакомлен с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736, а также Правилами предоставления медицинских услуг Исполнителя;
- уведомлен о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи;
- уведомлен о возможности оказания платных медицинских услуг анонимно;
- ознакомлен с правилами поведения пациентов в медицинских организациях;
- уведомлен о порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи (при их наличии) и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги;
- уведомлен о медицинском работнике, оказывающем медицинские услуги, его профессиональном образовании и квалификации, графике работы;
- уведомлен о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- уведомлен о сроках ожидания предоставления платных услуг;
- ознакомлен с перечнем платных медицинских услуг с указанием стоимости (прейскурант);
- подтверждает, что он до заключения Договора уведомлен 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 состоянии здоровья Пациента.
- уведомлен, что в помещениях клиники с целью контроля качества и безопасности медицинской деятельности ведется видеонаблюдение.

3. Предмет Договора

3.1. Исполнитель обязуется оказать Заказчику и (или) Потребителю на возмездной основе медицинские услуги а Заказчик обязуется уплатить Исполнителю стоимость оказанных медицинских услуг в размере,

порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором. Перечень предоставляемых медицинских услуг определяется Приложением к договору и является его неотъемлемой частью.

3.2. Исполнитель оказывает услуги по месту своего фактического нахождения по адресу: 344068, г. Ростов-на-Дону, пер. Оренбургский, 31, либо дистанционно с использованием сайта Исполнителя посредством средств связи.

3.3. Персональные данные (фамилия, имя, отчество, адрес регистрации и пр.) Заказчика и (или) Потребителя, а также перечень и стоимость услуг указываются в Приложениях к Договору.

3.4. Срок предоставления платных медицинских услуг и срок ожидания медицинских услуг устанавливается в зависимости от индивидуального объема оказываемых услуг.

3.5. В случае отказа Заказчика и (или) Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается, при этом Заказчик и (или) Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные им расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

4. Права и обязанности Сторон

4.1. Исполнитель обязуется:

4.1.1. Обеспечить Заказчика и (или) Потребителя бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения:

а) о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи (при наличии), применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, а также информацию о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

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

в) другие сведения, относящиеся к предмету настоящего Договора.

4.1.2. Оказывать Заказчику и (или) Потребителю услуги в соответствии с утвержденными стандартами и требованиями к медицинским услугам. Дополнительные услуги оказываются только при условии оформления дополнительного соглашения к настоящему Договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости.

4.1.3. Представить Заказчику и (или) Потребителю список своих сотрудников, обладающих специальным образованием и профессиональными навыками, для ознакомления и закрепления за ним специалистов и/или лечащего врача, которые будут оказывать медицинские услуги.

4.1.4. По требованию Заказчика и (или) Потребителя предоставить экземпляр заключенного договора, подписанный усиленной квалифицированной электронной подписью уполномоченного лица Исполнителя, а также письменные Акты об оказании медицинских услуг.

4.1.5. При предоставлении платных медицинских услуг организовывать и оказывать медицинскую помощь:

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.

4.1.6. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

4.1.7. Предоставлять Заказчику и (или) Потребителю 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.

4.1.8. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим Договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Заказчика и (или) Потребителя.

4.2. Заказчик и (или) Потребитель обязуется:

4.2.1. Соблюдать Правила оказания медицинских услуг, утвержденные Исполнителем.

4.2.2. По запросу Исполнителя в рамках оказания медицинских услуг представить ему необходимые документы и материалы.

4.2.3. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

4.2.4. Кроме того, Заказчик и (или) Потребитель обязан:

- информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;

- соблюдать правила поведения в медицинской организации, режим работы медицинской организации;

- соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период его временной нетрудоспособности.

4.3. Исполнитель имеет право:

4.3.1. Получать от Заказчика и (или) Потребителя любую информацию, необходимую для исполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредоставления либо неполного или неверного предоставления данной информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.

4.3.2. Требовать от Заказчика и (или) Потребителя соблюдения Правил оказания медицинских услуг.

4.3.3. Требовать оплаты услуг, оказанных по настоящему Договору.

4.4. Заказчик и (или) Потребитель имеет право:

4.4.1. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий Договора в соответствии с законодательством Российской Федерации;

4.4.2. Оказаться от исполнения Договора. При заключении договора дистанционным способом отказ Заказчика и (или) Потребителя от исполнения договора может быть совершен способом, используемым при его заключении.

4.5. До заключения настоящего Договора Пациент подтверждает, что ознакомлен в доступной форме с информацией, перечисленной в п. п. 12 - 17, 21 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 N 736.

5. Стоимость услуг и порядок оплаты

5.1. Оплата услуг, оказываемых по настоящему договору, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом платных медицинских услуг, утвержденным Исполнителем и производится Заказчиком и (или) Потребителем после подписания настоящего договора до начала оказания медицинских услуг. Датой оплаты стоимости услуг считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или день внесения денежных средств в кассу Исполнителя наличными денежными средствами или с использованием платежных банковских карт по выбору Заказчика и (или) Потребителя.

5.2. Заказчику и (или) Потребителю в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается контрольно-кассовый чек или бланк строгой отчетности, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг.

5.3. 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.

6. Ответственность Сторон и порядок разрешения споров

6.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.2. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение (ненадлежащее исполнение) обязательств по Договору, если причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) являются обстоятельства непреодолимой силы, чрезвычайных ситуаций, стихийных бедствий.

6.3. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.

6.5. 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.

6.6. В случае возникновения разногласий по вопросу качества оказанных услуг, споры могут быть разрешены на врачебной комиссии Исполнителя. Срок рассмотрения претензии по качеству предоставления медицинских услуг составляет 10 дней. Претензия (жалоба), не касающаяся качества предоставления медицинских услуг, подлежит рассмотрению в течении 30 календарных дней.

6.7. При неурегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7. Порядок и условия выдачи копий медицинской документации

7.1. Порядок и условия выдачи Потребителю и или (заказчику) после исполнения Договора Исполнителем медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), осуществляется на основании письменного запроса, который должен содержать:

1) сведения о пациенте: фамилия, имя, отчество (при наличии); реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента; адрес места жительства (места пребывания); почтовый адрес для направления письменных ответов и уведомлений и (в случае, если имеется) номер контактного телефона, адрес электронной почты (при наличии);

2) в случае обращения от имени пациента его законного представителя - сведения о законном представителе, указанные в подпункте 1 настоящего пункта, а также документ, подтверждающий статус законного представителя;

3) наименования медицинских документов (их копий) или выписок из них, отражающих состояние здоровья пациента, которые пациент либо его законный представитель намерен получить, и период, за который он намерен их получить;

4) сведения о способе получения запрашиваемых медицинских документов (их копий) или выписок из них (для получения медицинских документов (их копий) или выписок из них на бумажном носителе - при личном обращении или по почте, для получения медицинских документов и выписок из них в форме электронных документов - посредством направления в личный кабинет пациента (его законного представителя) на Едином портале государственных и муниципальных услуг с использованием единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения или посредством информационных систем, указанных в частях 1 и 5 статьи 91 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»;

5) дату подачи запроса и подпись пациента либо его законного представителя (для письменного запроса).

7.2. При подаче запроса лично, а также при личном получении копий медицинских документов и выписок из них Пациент либо его законный представитель предъявляет документ, удостоверяющий личность, а в случае обращения законного представителя Пациента дополнительно предоставляется документ, подтверждающий статус законного представителя.

7.3. В случае выбора Пациентом (законным представителем) способа получения запрашиваемых медицинских документов, выписок из медицинских документов по почте соответствующие копии или выписки из них направляются заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.

7.4. В случае отсутствия в запросе сведений, указанных в п. 3.4. настоящего Договора, и (или) документа, подтверждающего статус законного представителя, медицинская организация в письменной или электронной форме информирует об этом пациента либо его законного представителя в срок, не превышающий четырнадцати календарных дней со дня регистрации в медицинской организации запроса.

7.5. Предоставление Пациенту либо его законному представителю копий медицинских документов и выписок из них на бумажном носителе осуществляется в количестве одного экземпляра.

7.6. Максимальный срок выдачи медицинских документов (их копий) и выписок из них с момента регистрации в медицинской организации запроса не должен превышать 30 рабочих дней с момента подачи соответствующего заявления.

8. Конфиденциальность и персональные данные

8.1. В целях исполнения настоящего Договора публичной оферты (предложения) в соответствии с п. 5 ст. 6, ст. 9 и 10 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ на период

действия настоящего Договора Потребитель (его представитель) и (или) Заказчик предоставляет ООО «Ревиталь» (ОГРН 1066161051660, ИНН 6161047307, адрес места нахождения: 344068, г. Ростов-на-Дону, пер. Оренбургский, 31) свои персональные данные: фамилия, имя, отчество; адрес фактического места проживания и регистрации по месту жительства и (или) по месту пребывания; номера телефонов (а также при необходимости: год, месяц, дата и место рождения; сведения о гражданстве; реквизиты документа, удостоверяющего личность; идентификационный номер налогоплательщика, дата постановки его на учет, реквизиты свидетельства постановки на учет в налоговом органе; номер свидетельства обязательного пенсионного страхования, номер полиса обязательного медицинского страхования; реквизиты полиса ДМС; почтовый и электронный адреса; фотографии; сведения о семейном положении и составе семьи; реквизиты справки МС; место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию) и дает согласие на обработку персоналом Исполнителя своих персональных данных, а также специальных персональных данных, касающихся состояния здоровья Потребителя (Пациента), в целях получения услуг, оказываемой медицинским центром Исполнителя. Обработка указанных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну. Указанное согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении персональных данных Потребителя (Пациента) и (или) Заказчика, которые необходимы для достижения вышеуказанных целей, включая без ограничения: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а также осуществление любых иных действий с персональными данными в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. Исполнитель (Оператор) вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом. При обработке персональных данных Исполнитель не ограничен в применении способов их обработки.

8.2. Согласие Потребителя и (или) Заказчика на обработку персональных данных считается данным с момента акцепта настоящей публичной оферты.

8.3. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой стороны при исполнении настоящего Договора.

9. Иные условия

9.1. Настоящий Договор является публичным договором, его форма расположена на Сайте медицинской организации для ознакомления неограниченного круга лиц.

9.2. Настоящий Договор заключен в порядке, описанном в преамбуле оферты о его заключении.

9.3. Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к настоящему Договору являются его неотъемлемой частью.

10. Адрес и реквизиты медицинской организации

ООО «Ревиталь»

Адрес: 344068, г. Ростов-на-Дону, пер. Оренбургский, 31;

ОГРН: 1066161051660; ИНН: 6161047307; КПП: 616101001

Р/с 40702810652090002699 в Юго-Западном банке ПАО Сбербанк, БИК 046015602

Тел/факс: 8(863)222-85-88

Адрес электронной почты: pochta-revital@mail.ru

Адрес сайта: www.revitaldon.ru

Директор: __Шостак Юлия Валерьевна

*Перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность ООО «Ревиталь» в соответствии с лицензией: при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу, анестезиологии и реаниматологии, лабораторному делу, лабораторной диагностике, лечебной физкультуре, операционному делу, рентгенологии, сестринскому делу в косметологии, сестринскому делу в педиатрии, физиотерапии, функциональной диагностике, энтомологии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях: по педиатрии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: клинической лабораторной диагностике, организации здравоохранения и общественному здоровью, терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности), аллергологии и иммунологии, анестезиологии и реаниматологии, гастроэнтерологии, детской кардиологии, детской онкологии, детской урологии-андрологии, детской хирургии, детской эндокринологии, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, колопроктологии, лечебной физкультуре и спортивной медицине, мануальной терапии, нейрохирургии, нефрологии онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, пластической хирургии, профпатологии, пульмонологии, ревматологии, рентгенологии, рефлексотерапии, сердечно-сосудистой хирургии, стоматологии общей практики, ультразвуковой диагностике, урологии, функциональной диагностике, хирургии, эндоскопии, эпидемиологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: кардиологии неврологии; при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: акушерскому делу, акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), анестезиологии и реаниматологии, детской урологии-андрологии, детской хирургии, клинической лабораторной диагностике, лабораторной диагностике, лабораторному делу, операционному делу, организации здравоохранения и общественному здоровью, организации сестринского дела, оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации), офтальмологии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, терапии, травматологии и ортопедии, трансфузиологии, ультразвуковой диагностики, управлению сестринской деятельностью, урологии, функциональной диагностике, хирургии; при оказании специализированной помощи в стационарных условиях по: акушерскому делу, акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), анестезиологии и реаниматологии, детской урологии-андрологии, детской хирургии, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, колопроктологии, лабораторной диагностике, лабораторному делу, онкологии, операционному делу, организации здравоохранения и общественному здоровью, организации сестринского дела, оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации), офтальмологии, пластической хирургии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, терапии, травматологии и ортопедии, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, урологии, функциональной диагностике, хирургии, хирургии (абдоминальной), челюстно-лицевой хирургии, эндокринологии, эндоскопии; при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, вакцинации (проведению профилактических прививок), медицинскому массажу, операционному делу, сестринскому делу; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях: по терапии; при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), анестезиологии и реаниматологии, гематологии, дерматовенерологии, диетологии, косметологии, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации), офтальмологии, психиатрии-наркологии, травматологии и ортопедии, физиотерапии, хирургии, челюстно-лицевой хирургии, эндокринологии; при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), медицинским осмотрам профилактическим; при проведении медицинских освидетельствований по: медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством, медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием.

Информированное добровольное согласие на виды медицинского вмешательства, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждан дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

Я, _____
 _____ (фамилия, имя, отчество гражданина либо законного представителя)
 " __ " _____ г. рождения, зарегистрированный (ая) по адресу: _____

 _____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
 проживающий по адресу: _____
 _____ (указывается в случае проживания не по месту регистрации)
 в отношении _____
 _____ (фамилия, имя, отчество пациента при подписании согласия законным представителем)
 " __ " _____ г. рождения, проживающего по адресу: _____

 _____ (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 <1> (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 «Ревиталь»:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

Медицинским работником _____
 _____ (должность, фамилия, имя, отчество 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:

*

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

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

« _____ » _____ 20 _____ г.

(дата оформления)

*Согласие (акцепт) должно быть подписано электронной подписью Пользователя (простой, усиленной неквалифицированной или усиленной квалифицированной).

Отказ от медицинского вмешательства

Я, _____
 _____ (фамилия, имя, отчество гражданина либо законного представителя)
 " " _____ г. рождения, зарегистрированный (ая) по адресу: _____
 _____ (дата рождения)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
 проживающий по адресу: _____
 _____ (указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
 _____ (фамилия, имя, отчество 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)

при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи в ООО «Ревиталь» отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н <1>: _____

_____ (наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____
 _____ (должность, фамилия, имя, отчество медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния)

_____ (указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного (вышеуказанных) вида (видов) медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния))

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

*

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

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

« _____ » _____ 20 _____ г.

_____ (дата оформления)

*Отказ должен быть подписано электронной подписью Пользователя (простой, усиленной неквалифицированной или усиленной квалифицированной).

Согласие на обработку персональных данных пациента

Я, _____
(Ф.И.О. полностью)

зарегистрированный по адресу: _____,
проживающий по адресу: _____, документ,
удостоверяющий личность: _____ серия _____ номер _____,
выдан _____
(дата и название выдавшего органа)

в соответствии с требованиями ст.ст.23, 24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» **я даю свое согласие** на обработку Обществом с ограниченной ответственностью «Ревиталь», расположенному по адресу: 344068, г. Ростов-на-Дону, пер. Оренбургский, 31 (далее – Оператор), моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), реквизиты справки МСЭ, место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны.

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

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

В процессе оказания Оператором мне медицинских услуг я предоставляю право Оператору передавать мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту, в интересах моего обследования, лечения и учета следующим лицам:

- должностным лицам Оператора, а также лицам, обрабатывающим персональные данные с Оператором на основании заключенного с ним договора;

- страховым медицинским организациям (в рамках ОМС), контролирующим органам: ФОМС, ТФОМС, Пенсионный фонд РФ, ФНС, ФСС, Росстату, иным государственным органам.

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

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

Условием прекращения обработки персональных данных является получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку моих персональных данных.

Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока.

Подпись субъекта персональных данных _____

« _____ » _____ 20 _____ г.

(дата оформления)

*Согласие должно быть подписано электронной подписью Пользователя (простой, усиленной неквалифицированной или усиленной квалифицированной).