

До заключения договора Исполнитель в доступной форме уведомляет Потребителя (Пациента) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя, а также уведомляет Потребителя (Пациента) о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

_____ (_____)
подпись _____ ФИО пациента

Договор № _____
(при оказании услуг взрослому населению)

г.Санкт-Петербург

« ____ » _____ 20 ____ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Пандент-Люкс», внесено в Единый государственный реестр юридических лиц Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №15 по Санкт-Петербургу 24 сентября 2008 года свидетельство серия 78 № 006883337, основной государственный регистрационный номер **1089847376080**, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Генерального директора Кротовой Ольги Федоровны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и

_____, _____ года рождения,
свидетельство о рождении/паспорт серии _____ № _____, выдано (когда) _____ (кем) _____,

зарегистрированного по адресу: _____

именуемый (-ая) в дальнейшем «Заказчик»,
в лице законного представителя _____ (степень родства), _____ (ФИО),
_____ года рождения, паспорт серии _____ № _____, выдан (когда) _____,
(кем) _____,
зарегистрированного по адресу: _____

с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему договору Исполнитель оказывает Потребителю медицинские услуги по анестезиологии и реаниматологии на возмездной основе с применением методик, отвечающих требованиям законодательства РФ, регулирующего отношения в сфере предоставления медицинской помощи, а Потребитель обязуется принять и оплатить данные услуги в порядке и на условиях, установленных настоящим Договором.

2. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

2.1 Договор вступает в силу с момента подписания сторонами и действует до полного и надлежащего исполнения сторонами принятых на себя обязательств.

2.2. Неисполнение или ненадлежащее исполнение Потребителем (Пациентом) врачебных предписаний, неявка на медицинский осмотр или лечение, рассматриваются для целей настоящего договора как односторонний отказ Потребителя (Пациента) от исполнения настоящего договора в порядке ст.782 ГК РФ.

3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1 Стоимость медицинских услуг, оказываемых Потребителю (Пациенту) определяется прейскурантом Исполнителя.

3.2. Оплата оказываемых Исполнителем услуг производится одним или несколькими способами: наличными денежными средствами через контрольно-кассовую машину или безналичным переводом.

3.3. Оплата оказываемых Исполнителем услуг производится Потребителем в полном объеме в день подписания настоящего договора.

4. ПОРЯДОК ПРИЕМКИ ОКАЗАННЫХ УСЛУГ

4.1. По результатам оказания услуг Исполнитель и Потребитель подписывают Акт приемки оказанных медицинских услуг в двух экземплярах.

4.2. В случае необоснованного и немотивированного отказа или уклонения Потребителя от подписания Акта приемки оказанных услуг, Исполнитель вправе подписать данный Акт в одностороннем порядке. В таком случае услуги считаются выполненными надлежащим образом и принятыми Потребителем.

5. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

5.1. Исполнитель обязан:

5.1.1. информировать Потребителя (Пациента) добровольным информированным согласием о возможных осложнениях и рисках в ходе оказания медицинских услуг в соответствии с настоящим договором.

5.1.2. оказать Потребителю медицинские услуги надлежащего качества в порядке и на условиях, установленных настоящим договором.

5.1.3. обеспечить неразглашение конфиденциальных сведений, сообщаемых ему Потребителем;

5.2. Исполнитель имеет право:

5.2.1. на выбор метода проведения общей анестезии и применяемых при этом лекарственных препаратов;

5.2.2. определять перечень и объем услуг, оказываемых по настоящему договору;

5.2.3. отказать в оказании услуг Потребителю по медицинским показаниям;

5.2.4. перенести оказание услуг на другое время, руководствуясь сложностью и продолжительностью общих анестезий проводимых в данное время, количеством работающих анестезиологов и по иным основаниям по усмотрению Исполнителя.

5.2.5. требовать от Потребителя оплаты медицинских услуг в порядке и на условиях, установленных настоящим договором.

5.3. Потребитель (Пациент) обязан:

5.3.1. точно и в срок выполнять назначения врача и требования медицинских инструкций, своевременно сообщать врачам об изменениях своего самочувствия;

5.3.2. сообщить врачу обо всех перенесенных или имеющихся у него заболеваниях, в т.ч. о наличии наследственных, психических,

соматических, инфекционных, венерических заболеваниях, предоставить документы о проведенных в его отношении клинических и лабораторных обследованиях, что отражается в медицинской карте Потребителя (Пациента);

5.3.3. сообщить врачу о контакте с инфекционными больными;

5.3.4. сообщить врачу об имеющихся вредных привычках (курение, употребление алкоголя, а также любых наркотических, сильнодействующих, ядовитых, токсических веществ) и профессиональных заболеваниях, а также тяжелых и вредных условиях труда Потребителя (Пациента).

5.3.5. перед общей анестезией **исключить прием жидкости и пищи в течение 8 часов;**

5.3.6. обеспечить себя сопровождающим, для сопровождения домой после оказания услуги;

5.3.7. не управлять транспортным средством в течение 24 часов после оказания услуги;

5.3.8. соблюдать правила внутреннего распорядка организации;

5.3.9. своевременно прибывать на прием;

5.3.10. подтвердить личной подписью в истории болезни (Медицинской карте) и в настоящем договоре: а) то, что он ознакомлен и согласен с условиями настоящего договора, б) то, что он предупрежден о причинах возможного снижения качества предоставляемой услуги при несоблюдении требований и рекомендаций врача, в) то, что он согласен на проведение общей анестезии, г) то, что он предупрежден о возможных осложнениях в период общей анестезии и после нее.

своевременно и в полном объеме оплатить стоимость услуг, а так же проводить дополнительную оплату в случае увеличения объема (в соответствии с медицинскими показаниями) оказываемых услуг;

5.3.11. ознакомиться и подписать добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство.

5.4. Потребитель (Пациент) имеет право:

5.4.1. выбирать лечащего врача из числа предложенных Исполнителем;

5.4.2. требовать от исполнителя предоставления медицинских услуг надлежащего качества в соответствии с условиями договора;

5.4.3. получать от врача анестезиолога-реаниматолога всю интересующую информацию о виде, объеме планируемой или проведенной общей анестезии и используемых при этом лекарственных препаратах, о возможных рисках и последствиях медицинского вмешательства;

5.4.4. отказаться от исполнения договора при условии оплаты фактически понесенных расходов Исполнителя (ст.782 ГК РФ).

5.4.5. отказаться от оказания услуг не менее чем за 8 часов до назначенного времени приема без уплаты неустойки;

5.4.6. отказаться от оказания ему услуг менее чем за 8 часов до назначенного времени с уплатой неустойки в размере 50% от стоимости анестезиологического пособия.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору Потребитель несет ответственность в виде штрафа в размере стоимости медицинской услуги, оказываемой в соответствии с настоящим договором. Уплата штрафа не освобождает Потребителя от возмещения убытков Исполнителя.

6.2. За неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору Исполнитель несет **ответственность в соответствии с Законом РФ «О защите прав потребителей».**

7. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

7.1. Исполнитель обязуется хранить в тайне любую информацию и данные, предоставленные Потребителем (Пациентом) и (или) полученные в результате обследования, проводимого лечения и т. д., в соответствии с Договором, не раскрывать и не разглашать, в общем или в частности, факты или информацию какой-либо третьей Стороне без предварительного письменного согласия Потребителя (Пациента). Обязательства по конфиденциальности и неиспользованию информации, наложенные настоящим Договором, не будут распространяться на информацию, которая станет известна не по вине Исполнителя.

8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

8.1. Исполнитель не несет ответственности за возникновение осложнений и побочных эффектов, появление которых не могут полностью исключить современные медицинские технологии вследствие индивидуальных биологических особенностей организма Пациента.

8.2. Исполнитель не несет ответственности за достоверность предоставленных Потребителем (Пациентом) клиничко-лабораторных исследований, проведенных сторонними организациями.

8.3. Исполнитель не несет ответственности перед Потребителем (Пациентом) за качество медицинских услуг в случаях невыполнения Потребителем (Пациентом) каких-либо требований, указаний и рекомендаций Исполнителя, предусмотренных условиями настоящего Договора, а также осложнений, возникших по причине неявки Потребителя (Пациента) в указанный срок.

8.4. Стороны освобождаются от ответственности по настоящему Договору в случае наступления обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор), которые должны носить чрезвычайный, непредвиденный и непредотвратимый характер, возникших после заключения настоящего Договора и не зависящих от воли сторон. К обстоятельствам непреодолимой силы относятся события: землетрясение, наводнение, пожар, взрыв, стихийные бедствия, забастовки, народные волнения, решения, действия (бездействие) органов государственной власти и органов местного самоуправления, их должностных лиц, вследствие которых становится невозможным исполнение стороны принятых на себя обязательств.

8.5. В случае возникновения спора, стороны обязуются урегулировать его путем переговоров или иным путем на основании действующего законодательства РФ.

9. СВЕДЕНИЯ О ЛИЦЕНЗИЯХ

Исполнитель осуществляет медицинскую деятельность на основании:

9.1. Лицензии № ЛО41-01148-78/00380994 на осуществление медицинской деятельности, выданной Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга (191011 г. Санкт-Петербург, ул. Малая Садовая, д.1 тел. 595-89-79) 14 ноября 2014г., срок действия - бессрочно


Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность на основании вышеуказанной Лицензии (Приложение №1):

При оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии; медицинскому массажу; рентгенологии; сестринскому делу; сестринскому делу в косметологии; стоматологии; стоматологии профилактической; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по анестезиологии и реаниматологии; косметологии; ортодонтии; рентгенологии; стоматологии детской; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; челюстно-лицевой хирургии; при оказании первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: стоматологии хирургической; челюстно-лицевой хирургии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по экспертизе временной нетрудоспособности.

11.2. Лицензии №ЛО17-01148-78/00144091 на осуществление деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений, выданной Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга (191011 г. Санкт-Петербург, ул. Малая Садовая, д.1 тел. 595-89-79) 24.12.2015 г., срок действия - бессрочно

Выполняемые работы, оказываемые услуги на основании вышеуказанной Лицензии (Приложение №1): Использование наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список II перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в медицинских целях; Использование психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, в медицинских целях; Приобретение наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список II перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации; Приобретение наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации; Хранение наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации; Хранение психотропных веществ, внесенных в список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации.

10. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН.

Исполнитель: ООО «ПАНДЕНТ» Юр. адрес: 191123, Санкт-Петербург, Гродненский пер. д. 12-14, лит.А, пом. 21-Н. ИНН 7825373430 КПП 784201001 ОГРН 1037843017794 ОКПО 46893687 р/с 40702810932130000588 в ДО «Арсенальный» Филиала «Санкт-Петербургский» АО «АЛЬФА-БАНК» к/с 3010181060000000786 БИК 044030786 Генеральный директор 	Заказчик: ФИО _____ Паспорт _____ № _____ Выдан _____ Телефон _____ e-mail: _____ Адрес: _____ Подпись Заказчика: _____ / _____ ФИО _____
--	---



С правилами оказания услуг и прейскурантом услуг ознакомлен:

Заказчик: _____ / _____ /

Приложение 1 к Договору № _____

Уведомление

ООО "ПАНДЕНТ", ОГРН 1037843017794, зарегистрировано по адресу: 191123, Санкт-Петербург, Гродненский пер. д. 12-14, лит.А, пом. 21-Н., именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице Генерального директора Кротовой О.Ф., действующего на основании Устава, в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации №1006 от 4 октября 2012 г. "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг" доводит до сведения:

Гр. _____

именуемого(ой) в дальнейшем "Потребитель", что несоблюдение рекомендаций медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу от имени Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой медицинской услуги и повлечь за собой невозможность ее завершения в срок, а так же отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

С уведомлением ознакомлен(а).

" ____ " _____ 20 ____ г. Подпись Потребителя (пациента): _____ / _____

Сведения о Потребителе (Пациенте)

" ____ " _____ 20____ г.

Потребитель (Пациент) _____

НАБЛЮДАЛИСЬ ЛИ ВЫ РАНЕЕ ИЛИ ЛЕЧИТЕСЬ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПО ПОВОДУ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:	ДА	НЕТ
Аллергические реакции на лекарственные препараты, продукты, пыльцу и т.п.		
Нарушение ритма, заболевания сердца (стенокардия, инфаркт миокарда и т.д.)		
Повышенное, пониженное кровяное давление		
Повышенная кровоточивость, анемия		
Заболевания желудочно-кишечного тракта		
Заболевания печени, вирусный гепатит (год)		
Заболевания почек		
Сахарный диабет		
Бронхиальная астма		
Туберкулез		
Глаукома		
Обмороки, заболевания ЦНС, сосудистые дистонии		
Ревматизм		
Системные заболевания		
Заболевания суставов		
Венерические заболевания, СПИД (ВИЧ)		
Онкологические заболевания		
Травмы		
Хирургические вмешательства		
Беременность - срок (для лиц женского пола)		
Добавьте, что считаете нужным:		

Информированное согласие Потребителя (Пациента)

Я получил(а) от обеспечивающего анестезиолога-реаниматолога всю интересующую информацию о предоставляемой услуге. Я хорошо понял(а) все разъяснения врача. Все вопросы мне понятны, на каждый из них мною даны собственноручно соответствующие ответы, которые зафиксированы в настоящем договоре и карте первичного осмотра пациента. О возможных осложнениях могущих иметь место во время общей анестезии, а так же после нее (в том числе о возможном возникновении асептического постинъекционного тромбофлебита, тошноты, рвоты и т.д.) - предупрежден(а), Я даю свое согласие обеспечивающему анестезиологу-реаниматологу на проведение общей анестезии (наркоза) в том объеме, который будет необходим, и с применением тех лекарственных средств, в которых возникнет потребность для обеспечения адекватного общего обезболивания планируемых медицинских мероприятий и улучшения моего здоровья. Я даю разрешение своему врачу проводить диагностические мероприятия, которые он сочтет нужным для оценки состояния моего здоровья и выявления заболеваний. Я также даю разрешение проводить необходимые лечебные мероприятия, прописывать лекарственные препараты, применение которых необходимо по медицинским показаниям. Я разрешаю обеспечивающему анестезиологу-реаниматологу привлекать к моему лечению ассистентов и консультантов по его усмотрению. Я разрешаю передавать информацию о моем лечении и иных мероприятиях третьим лицам, в случае оплаты ими этого лечения и этих мероприятий, а также, медицинским работникам, принимающим участие в моем лечении и в этих мероприятиях. Я предупрежден(а) о необходимости явки на контрольный осмотр на следующий день после оказания услуги. Я предупрежден(а) о том, что в процессе лечения объем лечения и сумма может измениться в большую или меньшую сторону. Я ознакомлен(а) с правилами предоставления платных медицинских услуг, ответственен(а)-за их оплату. С правами, обязанностями и условиями, прописанными в данном договоре - согласен(а). Полученная информация полная, достаточная и мне понятна.

" ____ " _____ 20____ г.

Подпись пациента/законного представителя _____ / _____
 (подпись) (Ф.И.О.)

Подписал в моем присутствии:

Врач _____ / _____
 (подпись) (Ф.И.О.)