

## УВЕДОМЛЕНИЕ ДО ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Общество с ограниченной ответственностью «Томограф-Ас» уведомляет потребителя и (или) заказчика о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя. Граждане, находящиеся на лечении обязаны соблюдать режим лечения и правила поведения пациента в медицинской организации.

Дата	Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)/дата рождения	Подпись
г. Владивосток	№	дата

### СВЕДЕНИЯ ОБ ИСПОЛНИТЕЛЕ:

Наименование:	Общество с ограниченной ответственностью «Томограф-Ас»		
Фирменное наименование:	«Томограф-Ас»	Именуемое в	«Клиника»
ИНН	2538101842	Адрес юридического лица в пределах его места нахождения	690033, г. Владивосток, ул. Гамарника, 36
ОГРН	1062538089514		
Сайт	<a href="https://asklepiy-dv.ru/">https://asklepiy-dv.ru/</a>	Электронная почта	tomograf-As@askl-dv.ru

### СВЕДЕНИЯ О ЛИЦЕ ЗАКЛЮЧАЮЩЕМ ДОГОВОР ОТ ИМЕНИ ИСПОЛНИТЕЛЯ:

Коммерческий директор Рублев Андрей Олегович, действующий на основании доверенности № 4/24 от 22.02.2024 года

### СВЕДЕНИЯ О ЛИЦЕНЗИИ НА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ:

Номер	№ Л041-01023-25/00291135	Дата выдачи	31.01.2014 г.	Срок действия:	Бессрочно
Орган выдавший лицензию	Министерство здравоохранения Приморского края, адрес: г. Владивосток, ул. Первая Морская, 2, тел. 8 (423) 241-35-14				
Перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией	при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинскому массажу, рентгенологии, сестринскому делу; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: гематологии, дерматовенерологии, детской кардиологии, кардиологии, мануальной терапии, неврологии, нейрохирургии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, ревматологии, рентгенологии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, хирургии, эндоскопии. При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности				

### СВЕДЕНИЯ О ПОТРЕБИТЕЛЕ (при оказании платных медицинских услуг гражданину анонимно сведения фиксируются со слов потребителя услуги):

Фамилия, имя и отчество (при наличии)	
Адрес места жительства	
Иной адрес для направления ответа на письменные обращения (при наличии)	

Согласие на передачу результатов медицинских исследований и иной информации, связанной с врачебной тайной, посредством направления на электронную почту:	Согласен		Возражаю	
--	----------	--	----------	--

Адрес электронной почты для направления информации	
Телефон	

Данные документа, удостоверяющего личность:	Серия		Номер	
---	-------	--	-------	--

Выдан	
Кем выдан	

именуемый в дальнейшем «Пациент»,	
вместе именуемые, как стороны договора (далее – «Стороны»), заключили настоящий договор возмездного оказания медицинских услуг (далее – «Договор») о нижеследующем	

### ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

Клиника обязуется по заданию Пациента оказать медицинские услуги (далее – «Услуги»), а Пациент обязуется принять и оплатить эти Услуги.
Перечень Услуг, предоставляемых в соответствии с Договором и стоимость этих услуг, указываются в Сметах, бланк-заказах, приложениях, являющихся неотъемлемой частью Договора (далее – «Приложение»)
Сроки предоставления услуг согласуются Сторонами при каждом последующем посещении и указываются путем внесения записи о назначении следующего визита Пациента в Клинику и оказываются до момента выполнения Клиникой обязательств по Договору и Приложениям к нему в полном объеме.

### УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

	Условием предоставления Услуг является заключение в письменной форме настоящего Договора Сторонами.
	Медицинская помощь при предоставлении Услуг организуется и оказывается в соответствии в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации; в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями; на основе клинических рекомендаций; с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.
	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.
	Качество предоставляемых Услуг соответствует обязательным требованиям к качеству медицинских услуг, установленных действующим законодательством и условиям Договора.
	Клиника, при заключении Договора, предоставила Пациенту в доступной форме информацию: 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 гражданам медицинской помощи.
	О порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг.
	О возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.
	О медицинском работнике, отвечающем за предоставление Услуги (его профессиональном образовании и квалификации).
	Об обязанности Пациента соблюдать установленный режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения в медицинской организации.
	Клиника уведомляет Пациента, что она не участвует в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
	В случае, если при предоставлении Услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных Услуг, не предусмотренных Договором, Клиника обязана предупредить об этом Пациента устно озвучив конкретные медицинские услуги и их стоимость. Оказанные дополнительные медицинские услуги будут внесены в Смету и (или) акт выполненных работ.
	На последующие обращения Пациента Сторонами оформляется, Смета или бланк-заказ с указанием конкретных медицинских услуг и их стоимости, являющимися приложениями к настоящему Договору.
	В случае, если при предоставлении Услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы с Пациента. Такие расходы возмещаются Клинике в порядке и размерах, которые установлены органами государственной власти субъектов Российской Федерации в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования.
	Услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Пациента, данного в установленном порядке.
0.	Исполнитель предоставляет Пациенту 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 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 Пациента медицинское изделие.
	Информация о режиме работы Клиники, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Клиники в соответствии с лицензией, прейскурант (перечень) Услуг с указанием цен в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления Услуг и порядке их оплаты, сведения о специалистах Клиники, об уровне их профессионального образования и квалификации, а также иная установленная действующим законодательством Российской Федерации информация, размещается на сайте Клиники в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» ( <a href="https://asklepiy-dv.ru">https://asklepiy-dv.ru</a> ), а также на информационном стенде в помещении Клиники, в том числе электронных Инфоматах (при их наличии).
	Все вопросы, не урегулированные настоящим Договором, решаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

## ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

### КЛИНИКА ОБЯЗУЕТСЯ

Обеспечить соответствие Услуг требованиям и качеству, установленными действующим законодательством Российской Федерации.

	Обеспечить оказание Услуг в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, а также создавать условия, обеспечивающие соответствие оказываемой медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи.
	Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах.
	Вести медицинскую документацию в установленном порядке, обеспечивать ее учет и хранение.
	Выдать Пациенту медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.
<b>ПАЦИЕНТ ОБЯЗУЕТСЯ</b>	
	До оказания Услуги сообщить сведения об имеющихся у него заболеваниях, противопоказаниях к применению средств и препаратов, процедур, а также иную информацию, которая может повлиять на результат Услуги.
	Заботиться о сохранении своего здоровья, выполнять назначения медицинского персонала Клиники, соблюдать режим лечения и правила поведения в Клинике.
	Немедленно извещать Клинику об изменениях в состоянии здоровья в процессе оказания Услуг и по его завершению, выражавшиеся в том числе, но не ограничиваясь в наступлении улучшений, отсутствии положительной динамики, ухудшении самочувствия (температура, озноб, кашель, болевой синдром и т.д.).
	Извещать не позднее, чем за один рабочий день о невозможности планового посещения лечащего врача.
	Оплатить оказанную Клиникой Услугу в порядке и сроки, которые установлены Договором.
<b>КЛИНИКА В ПРАВЕ</b>	
	В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема, по согласованию с Пациентом, направить последнего к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации.
	В случаях, установленных действующим законодательством, устанавливать и изменять гарантийные сроки.
	Оказывать Услуги по настоящему Договору своими силами или привлекать третьих лиц, за действия которых Клиника несет ответственность, как за свои собственные.
	Не приступать к оказанию новых Услуг, а начатые Услуги приостановить в случае неоплаты или несвоевременной оплаты Пациентом Услуг в соответствии с Договором, а также в случае, если Пациент настаивает на лечении, которое не соответствует действующим стандартам, требованиям к технологии, медицинским показаниям.
	Изменять прейскурант (перечень) Услуг в одностороннем порядке, путем размещения на сайте Клиники, а также на информационном стенде (Инфомате).
<b>ПАЦИЕНТ ИМЕЕТ ПРАВО</b>	
	На получение имеющейся информации в доступной для него форме о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, результатах проведенного лечения, об оказываемой медицинской помощи, эффективности методов лечения, об используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.
	На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, а также на отказ от медицинского вмешательства, оформленные в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
	На выбор лечащего врача с учетом возможностей Клиники и согласия врача.
	На отказ от получения Услуг после заключения Договора, с оплатой Клинике фактически понесенных расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору.
<b>СРОКИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ УСЛУГ</b>	
	Оплата Услуг Клиники производится путем использования национальных платежных инструментов, а также наличных расчетов по выбору Пациента.
	Оплата Услуг, по выбору Пациента, может осуществляться авансом или непосредственно после получения Услуги.
	По требованию Пациента или Клиники, на предоставление Услуг может быть составлена смета, являющаяся неотъемлемой частью Договора.
	После оплаты Услуг, Пациенту выдается документ, подтверждающий произведенную оплату кассовый чек.
	Клиника по обращению Пациента выдает документы, подтверждающие фактические расходы Пациента на оказанные Услуги или приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения: копия Договора с Приложениями и дополнительными соглашениями к нему; справка об оплате медицинских услуг по установленной форме;
	рекцептурный бланк с проставленным штампом «Для налоговых органов Российской Федерации, идентификационный номер налогоплательщика», заверенный подписью и личной печатью врача, печатью медицинской организации;
	документы установленного образца, подтверждающие оплату лекарственных препаратов (кассовый чек, бланк строгой отчетности или иной документ, подтверждающий факт осуществления расчета).
<b>ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН</b>	
	Клиника несет ответственность за неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по вине Клиники в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

	Клиника освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по Договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы или по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.
	При надлежащем исполнении обязательств Клиникой, в соответствии с Договором и действующим законодательством, отсутствие ожидаемого Пациентом результата не является основанием для признания обязательства не выполненным.
	В случае возникновения разногласий, спор между Сторонами рассматривается в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
<b>ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ</b>	
	Обработка персональных данных Пациента осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».
	Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения Сторонами принятых на себя обязательств.
	Договор может быть изменен по соглашению Сторон путем составления дополнительного соглашения в письменной форме, подписанных уполномоченными на то представителями обеих Сторон.
	Договор может быть расторгнут по взаимному соглашению Сторон или требованию одной из Сторон в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.
	Условия и сроки ожидания Услуг устанавливаются Клиникой и предоставляются для ознакомления до заключения Договора.
	Порядок и условия выдачи Пациенту, после исполнения Договора медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние здоровья после получения Услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, производится в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, без взимания дополнительной платы.
	Договор составлен в двух экземплярах по одному для каждой из Сторон. Оба экземпляра имеют одинаковую юридическую силу.

### ПОДПИСИ СТОРОН

#### КЛИНИКА

Общество с ограниченной ответственностью «Томограф-Ас»

Коммерческий директор Рублев А.О. по доверенности № 4/24 от 22.02.2024 года



QR код на уголок потребителя

#### ПАЦИЕНТ

ФИО (при наличии)

**Договор прочитан мною лично, условия мне разъяснены и понятны**

Дата	Подпись	Расшифровка подписи

# СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА НАПРАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ

Настоящим я,

(ФИО полностью субъекта персональных данных)

Паспорт

(данные документа, удостоверяющего личность: вид документа, серия, номер, сведения о дате выдачи и выдавшем его органе)

зарегистрированный (ая) по адресу:

телефон заявителя:

Для заполнения законным представителем<sup>1</sup>:

Настоящим я, ,

(ФИО полностью законного представителя субъекта персональных данных)

Паспорт

(данные документа, удостоверяющего личность: вид документа, серия, номер, сведения о дате выдачи и выдавшем его органе)

зарегистрированный (ая) по адресу:

(адрес регистрации)

как законный представитель:

(ФИО, дата рождения, представляемого),

на основании:

(документ, подтверждающий, что субъект является законным представителем подопечного)

В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и иными подзаконными актами, я даю согласие на направление информации, связанной с оказанием мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) медицинских услуг<sup>2</sup>, обществу с ограниченной ответственностью «Томограф-Ас» (ООО «Томограф-Ас») (далее - Оператор), расположенному по адресу: 690033, г. Владивосток, ул. Гамарника 3 «Б», а именно: результаты лабораторных, диагностических исследований, выписки из амбулаторной медицинской карты пациента, протоколы лечения, справки установленной формы, протоколы ВК и иные документы связанные с фактом обращения за оказанием медицинской помощи, результатами исследований, назначением лечения и установлением диагноза, посредством (необходимое указать):

(почтовый адрес, индекс)



электронной связи:

(адрес электронной почты (e-mail))

Я осведомлен(а) о том, что Оператор не несет ответственности за неправильно указанный мной: контактный номер телефона (факса)/ адрес электронной почты/ почтовый адрес.

Я проинформирован(а), что передаваемая информация будет направляться по открытым (незащищенным) каналам связи в запороленном файле формата Zip7. Инструкция о формировании пароля представлена мне на руки и размещена на официальном сайте ООО «Томограф-Ас».

Согласие может быть отозвано мной в любое время на основании моего письменного заявления, направленного в адрес Оператора: 690033, Приморский край, г. Владивосток, ул. Гамарника 3 «Б», заказным письмом с уведомлением или вручён лично под расписку представителю Оператора.

Текст Согласия мной прочитан, дополнений, замечаний и возражений не имею.

Настоящее согласие подписано . и действует бессрочно, до момента его отзыва.

Подпись пациента

(расшифровка подписи)

## ВНИМАНИЕ!

Результаты исследований направляются только при их полной готовности. Результаты исследований и/или иная информация, связанная с оказанными Вам услугами, доставляемая посредством электронной связи, пересыпается в формате PDF. Для корректного просмотра передаваемой информации, на Вашем устройстве должно быть установлено программное обеспечение AdobeReader, FoxitReader или аналогичное.

Обращаем Ваше внимание, что Оператор не может гарантировать доставку направляемой информации, если имеются независимые от Оператора причины (включенные настройки систем подавления массовых рассылок, недостаточный объем памяти, невозможность приема файлов в PDF-формате и т.п.), а также из-за неразборчивости написания Вами контактных данных.

Пароль состоит из номера медицинской карты указанной на бланке направлении.

Пример:

12345678

Для ввода пароля сохраняйте свой экземпляр направления, на нем указан номер Вашей медицинской карты.

<sup>1</sup>В случае недееспособности субъекта персональных данных (пациента), в том числе не достигшего совершеннолетия (18 лет), настоящее согласие дают и подписывают его законные представители: родители, усыновители, опекуны или попечители.

<sup>2</sup>В том числе направление сведений составляющих врачебную тайну.

# Информированное добровольное согласие

## на медицинское вмешательство

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. № 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 **Обществе с ограниченной ответственностью «Томограф-Ас»**

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. № 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. № 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)