ДОГОВОР №\_\_\_\_\_\_

На оказание платных медицинских услуг от "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2018г.

г. Богучар

Индивидуальный предприниматель Рыжих Владимир Леонидович, именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице Рыжих Владимира Леонидовича, действующего на основании ИНН 360300599007, ОГРН 309362031300019, и

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_именуемый в дальнейшем Пациент, заключили настоящий договор о предоставлении медицинских услуг на платной основе.

1. Порядок расчётов

1. Оплата предоставленных медицинских услуг производится согласно действующему прейскуранту и составляет руб.
2. Срок исполнения .

Права и обязанности сторон

* 1. «Исполнитель» обязуется:
* оказывать медицинские услуги качественно и в соответствии с медицинскими показаниями;
* предупредить о возможных побочных действиях и осложнениях при лечении;
* ознакомить «Пациента» с планом и стоимостью лечения.
	1. «Пациент» обязан;
* своевременно оплатить услуги, выполнять назначения и рекомендации врача, соблюдать правила внутреннего распорядка для пациентов;
* ставить в известность врача об изменениях в состоянии здоровья в процессе лечения и после него;
* ознакомиться и подписать лист информации и информационное согласие на проведение процедур и других методов лечения и обследования.
1. Ответственность сторон
	1. «Исполнитель» несёт ответственность за качество оказываемой медицинской услуги.
	2. При отказе «Пациента» от дополнительных методов исследования и назначений врача, при невыполнении рекомендаций врача «Исполнитель» не несёт ответственности за возможные осложнения, ухудшение здоровья и др.
	3. «Исполнитель» не несёт ответственности за возникновение побочных, индивидуальных реакций организма пациента (аллергических и т.д.).
2. Порядок и срок исполнения договора
	1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания его обеими сторонами и действует в соответствии с действующими медицинскими стандартами.
3. Прочие условия
	1. Споры и разногласия решаются путём переговоров и в судебном порядке.

 «ИСПОЛНИТЕЛЬ»

Индивидуальный предприниматель ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­

Рыжих Владимир Леонидович

ИНН 360300599007,

ОГРН 309362031300010

Адрес: Воронежская область,

г. Богучар, военный городок

дом 14, кв. 91

Телефон 8 920 413 75 70

М.П.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись

«ПАЦИЕНТ»

­­­­ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Год рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактные номера телефонов\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись пациента

**«ИП Рыжих Владимир Леонидович»**

**Воронежская обл., г. Богучар военный городок,**

**Д- 57**

тел. 8 920-413-75-70

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**



Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, анализа мочи общего, электрокардиографии; проведения магнитно-резонансных, ультразвуковых и эндоскопических исследований и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

- Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;

-Я извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

* Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечениями отрицательно сказаться на состоянии здоровья;
* Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
* Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.
* Я даю своё согласие на обработку своих персональных данных.

Данное информированное согласие на медицинское вмешательство

распространяется также на последующие случаи обращения пациента за медицинской помощью.

|  |
| --- |
| X |
| X |

 Подпись пациента/законного

“ ” 2018г. представителя

Расписался в моем

присутствии:

Врач Владимир Леонидович Рыжих подпись)

(И.О. Фамилия)

|  |
| --- |
|  |
|  «ИП Рыжих Владимир Леонидович»Воронежская обл., г. Богучар военный городок,Д- 57тел. 8 920-413-75-70 **ОТКАЗ ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**Я, гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в соответствии с требованиями статьи 20 Федерального закона» **отказываюсь от медицинского вмешательства**: \_\_\_пункция верхнечелюстных пазух\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,*** предложенного мне врачом  \_\_\_\_\_\_\_Рыжих В.Л.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(фамилия, инициалы врача)*по поводу  \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                                                             *(общие указания о характере заболевания, патологии)*В соответствии с ч. 4 ст. 20 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" в доступной для меня форме были разъяснены возможные последствия такого отказа, в частности: возможного отсутствия положительной динамики при проведении курса лечения\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_и др., а также была предоставлена вся интересующая меня информация о состоянии моего здоровья, даны исчерпывающие ответы на вопросы.Я уведомлен (а) и согласен (а) с обработкой и передачей моих персональных данных, в объеме и способами, указанными в п.1., 3. ст. 3., ст. 11 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных», для целей оформления настоящего отказа. Подпись пациента:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Фамилия и подпись медицинского работника: Рыжих В.Л.\_­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_Дата: «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 г. Примечание.В соответствии со ст. 20.Федерального закона  "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" отказ от медицинского вмешательства подписывает законный представитель в отношении ребенка до 15-летнего возраста (в общей практике, т.е. за исключением наркологии, ВИЧ-инфекции и трансплантологии), а также в отношении недееспособного лица, если такое лицо по своему состоянию не способно отказаться от медицинского вмешательства. **\*\*\*****В случае отказа пациента от подписи заполняется нижеследующая форма:**Гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от подписи об отказе от медицинского вмешательства и разъяснении возможных последствий отказался (отказалась). Информация о необходимости медицинского вмешательства с указанием возможных последствий отказа до его (ее) сведения доведена врачом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.Подписи свидетелей (не менее 2-х):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_);     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_). Дата: «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 г.  |